



REGIONE CAMPANIA

PIANO DI RIENTRO DAL DISAVANZO E DI RIQUALIFICAZIONE E RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA

1.1.2007 – 31.12.2009

I N D I C E

1. Sintesi dei contenuti	
A. Quadro normativo nazionale e regionale.....	3
1. Normativa nazionale.....	3
2. Provvedimenti regionali.....	6
3. Patto nazionale per la salute e finanziaria 2007.....	7
B. Accordi di programma	10
C. Verifica erogazione LEA	10
D. Correlazione tra il Piano e gli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale	11
E. Quadro sintetico degli obiettivi e interventi progettuali	12
2. Sviluppo dei contenuti del Piano	
A. Analisi del contesto	
1. Contesto economico finanziario.....	13
2. Contesto demografico.....	19
3. Contesto socio-economico.....	20
4. Stato di salute della popolazione.....	22
5. Contesto organizzativo e gestionale del SSR.....	37
5.1 Le risorse umane.....	37
5.2 L'assistenza farmaceutica.....	38
5.3 L'offerta di ricovero e l'assistenza ospedaliera	41
B. Analisi S.W.O.T.....	58
C. Obiettivi generali, specifici ed operativi.....	60
D. Interventi progettuali, indicatori e fonti di verifica.....	65
E. Sostenibilità economica e finanziaria.....	67
Descrizione degli interventi da realizzare e relativo cronoprogramma	68
a. Intervento 1 (Applicazione della DGRC n. 1843/05)	71
b. Intervento 2 (Riduzione del costo nel personale)	72
c. Intervento 3 (Applicazione dei tetti di spesa e rimodulazione delle tariffe)	81
d. Intervento 4 (Centralizzazione, razionalizzazione acquisti beni e servizi)	82
e. Interventi da 6 a 14 (Ristrutturazione rete ospedaliera e riduzione ricoveri inappropriati)	84
f. Intervento 16 (Accordi con i Comuni per l'integrazione socio-sanitaria)	89
g. Interventi da 19 a 22 (Riduzione spesa farmaceutica)	89
Allegato A – scheda Tessera Sanitaria	95
Allegato A1 – Piano attivazione Progetto Tessera Sanitaria	98
F. Obiettivi di risparmio Legge finanziaria 2007	98
3. Descrizione fonti di verifica.....	101
Modelli CE e LA serie storica	101
Modelli CE e LA tendenziali.....	105
4. Contabilità analitica e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie	115
5. Situazione e copertura del debito cumulato fino al 31/12/05	116
6. Manovra So.Re.Sa. S.p.A.....	119

1 – Sintesi dei contenuti

A. Quadro normativo nazionale e regionale

1. Normativa nazionale

Nel presente paragrafo si intende esaminare in modo sintetico, per gli aspetti di maggiore attualità, le linee evolutive della normativa nazionale e di quella regionale e le loro possibili implicazioni. La prima parte descrive il quadro di riferimento antecedente alla stipula del nuovo Patto per la salute, mentre la parte finale è dedicata alla descrizione delle recenti novità introdotte dal citato Patto.

Le continue riforme istituzionali e regolamentari che si susseguono annualmente in sanità sono frutto sia del processo devolutivo e di decentramento di funzioni in atto sia del continuo andamento in crescita della spesa sanitaria che incide negativamente sulle politiche di equilibrio della finanza pubblica.

In ordine al sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale ed alle misure dirette ad un suo contenimento, è da evidenziare che, sebbene la crescita del fabbisogno sanitario non rientri fra le variabili finanziarie monitorate in sede di Patto di stabilità e crescita, essa assume, tuttavia, rilevanza fondamentale ai fini del controllo sull'andamento di altri indicatori di finanza pubblica, primo fra i quali il rapporto fra debito pubblico e PIL.

Con l'accordo Governo-Regioni dell'8 agosto 2001 il finanziamento dell'assistenza sanitaria era stato condizionato dall'adempimento di numerosi obblighi, primo fra tutti il ripiano delle quote di *deficit* a carico dei bilanci regionali, pena l'applicazione della sanzione prevista dall'art. 4 del d.l. 63/2002 convertito con legge n. 112/2002.

La dimostrazione di avvenuto assolvimento a tale ultimo onere ha richiesto per il 2001 e gli anni seguenti verifiche complesse in contraddittorio fra Ministero dell'economia e Ministero della salute, da un lato, e Regioni dall'altro.

Il regime di transitorietà, determinato dal sistema delle verifiche annuali, ha comportato il ricorso ad anticipazioni provvisoriamente misurate sull'importo stabilito con il precedente accordo del 3 agosto 2000. Non a caso a fine anni 2002, 2003 e 2004 i rendiconti regionali mostrano un ingente importo di residui attivi per competenze non incassate relative a IVA, IRAP, e addizionale IRPEF.

Il sistema che poggia su anticipazioni, prima fissate al 95% del fabbisogno sanitario e, ora, con il nuovo Patto, al 97%, ha, fino al 2006, scontato i ritardi derivati dall'attesa di un accordo tra le Regioni condizionato, fra l'altro, dall'esigenza di condivisione dei criteri di riparto e di definizione dei bisogni sanitari della popolazione (come sinora previsto dalla legge n. 662/1996)¹. Con il nuovo Patto della salute si è cercato di superare tale problematicità prevedendo che per il triennio 2007-2009 i criteri siano gli stessi.

Con l'accordo dell'agosto 2001, il sistema di finanziamento previsto dal d.lgs. n. 56/2000, sostituendo il FSN di parte corrente con compartecipazioni e incrementi alle addizionali, ha definito un meccanismo di copertura del fabbisogno sanitario commisurato su una crescita del 3,5% annuo.

In questo quadro, la **legge finanziaria per il 2005** (legge n. 311/2004) ha direttamente ed autonomamente definito nuove condizioni finanziarie e gestionali, disponendone il recepimento in un'Intesa fra Governo e Regioni, poi, siglata il 23 marzo 2005.

¹ I criteri tradizionali prevedono di tenere conto di: popolazione residente per età e per sesso; frequenza dei consumi sanitari per livello e sottolivello di assistenza e per età e sesso; tassi di mortalità della popolazione; indicatori epidemiologici territoriali; indicatori relativi a particolari situazioni territoriali ritenuti utili per definire i bisogni sanitari della popolazione. A tali criteri si è aggiunta, di recente, l'esigenza di stimare adeguatamente anche l'incidenza degli immigrati extracomunitari, regolarizzati o meno.

Dopo che il d.l. 30 dicembre 2004, n. 314 aveva sospeso l'applicazione dell'art. 7 del d.lgs. n. 56/2000 e rinviata l'efficacia del DPCM 14 maggio 2004 (e, quindi, il riparto definitivo della compartecipazione all'IVA e delle relative compensazioni), la finanziaria 2005 ha quantificato in 88.195 Meuro il livello di finanziamento della spesa per il servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato per il 2005 (cui sono da aggiungere 2.000 Meuro per il ripiano dei disavanzi registrati nel triennio 2001/2003 con un contenimento della spesa sanitaria rispetto al suo andamento tendenziale di circa 4.250 Meuro. Su tale livello di spesa, è stato applicato un incremento percentuale del 2% per il 2006, integrato poi da 2.000 Meuro nel ddl finanziaria 2007, mentre per il 2007 e gli anni seguenti è stato rideterminato il livello di finanziamento nel nuovo Patto per la salute più in linea con l'effettiva evoluzione della spesa sanitaria; infatti la crescita della spesa sanitaria media dell'ultimo triennio si attesta su livelli prossimi al 5% e, comunque, si pone ben al di sopra del tasso previsto per il PIL nominale.

L'Intesa del 23 marzo 2005 prevede il rispetto e la verifica di una nutrita serie di adempimenti organizzativi e gestionali, in linea di continuità con i precedenti provvedimenti di contenimento della spesa e Accordi.² Tra questi, vanno menzionate le nuove forme di controllo per migliorare il monitoraggio della spesa sanitaria nell'ambito del Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS), i vincoli all'offerta ospedaliera, da attuarsi mediante il rispetto del nuovo standard di posti letto e la disincentivazione dei ricoveri per lungodegenza, e, infine, una complessa articolazione di meccanismi procedurali e di controllo.

Per il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge finanziaria, la Regione e tutti gli operatori del settore si stanno impegnando in un considerevole sforzo diretto a migliorare l'impostazione dei programmi e delle strategie di intervento, a razionalizzare l'organizzazione, a semplificare le procedure e ridurre i costi di gestione, ricorrendo anche a strumenti gestionali capaci di assicurare il concorso di sinergie diverse e il realizzarsi di economie di scala.

Per le Regioni risultate inadempienti è prevista inoltre la possibilità di sottoscrivere un ulteriore accordo al cui rispetto sarà subordinata l'erogazione dell'acconto e del saldo finale del maggior finanziamento a carico dello Stato. Tale accordo si considera dovuto, e, quindi un adempimento, nel caso in cui la regione presenti per l'anno di riferimento un disavanzo pari o superiore al 7%.

Resta salvo, comunque, l'obbligo per le Regioni di garantire, in sede di programmazione, l'equilibrio economico-finanziario delle aziende sanitarie, ospedaliere e universitarie, Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, sia in sede di preventivo annuale che di conto consuntivo, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, prevedendo l'adozione obbligatoria di misure volte al riequilibrio delle gestione, laddove necessarie, nonché l'eventuale decadenza del direttore generale.

Sempre al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, la **legge finanziaria per il 2006** (art. 1, commi 274 ss., della legge n.266/2005) conferma gli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, intesi a garantire l'equilibrio economico-finanziario e il mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

A questi si aggiunge l'obbligo di stipulare, entro il termine perentorio del 31 marzo 2006, specifici accordi regionali attuativi dell'accordi collettivi nazionali per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, prevedendo di subordinare l'accesso all'indennità di collaborazione informatica al riscontro (mediante il supporto del sistema della tessera sanitaria) del rispetto della soglia del 70 per cento della stampa informatizzata delle prescrizioni farmaceutiche e delle richieste di prestazioni specialistiche

² In particolare, si tratta degli obblighi previsti dal D.L. n. 374/2001, convertito in legge n. 405/2001, nonché dal D.L. n. 63/2002, convertito in legge n. 112/2002, oltreché dall'art. 52 della legge n. 289/2002, dal D.L. n. 269/2003, convertito in legge n. 326/2003, e infine dalla legge n. 350/2003.

effettuate da parte di ciascun medico. La mancata stipula dei medesimi accordi regionali costituisce per le Regioni inadempimento.

Un ulteriore incremento di 1.000 milioni di euro annui, a decorrere dall'anno 2006, è altresì previsto per il finanziamento complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale. Detto incremento, da ripartire tra le Regioni sulla base di una previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, è anch'esso subordinato alla stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo.

Per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 è, invece, autorizzata la spesa di 2.000 milioni di euro per l'anno 2006. L'erogazione del suddetto importo da parte dello Stato, da ripartire secondo la medesima procedura della previa intesa, è, tuttavia, subordinata all'adozione, da parte delle Regioni, dei provvedimenti di copertura del residuo disavanzo posto a loro carico per i medesimi anni nonché all'intesa in sede di Conferenza unificata, da raggiungersi entro il termine del 31 marzo 2006, sullo schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008 e sul contenimento delle liste di attesa.

E' prevista, altresì, l'istituzione della Commissione nazionale sull'appropriatezza delle prescrizioni, cui sono affidati compiti di promozione di iniziative formative per il personale medico e di informazione per gli utenti del Servizio sanitario, oltreché di elaborazione dei criteri di priorità e di controllo dell'appropriatezza delle prestazioni. Ad essa si affianca il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria (SiVeAS), il quale, avvalendosi delle funzioni svolte dal Nucleo di supporto per l'analisi delle disfunzioni e la revisione organizzativa (SAR), ha il compito di verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza ed appropriatezza.

Altre disposizioni di rilievo riguardano la definizione dei criteri e delle modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie, oltre alla rimodulazione delle prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza, finalizzata ad incrementare qualitativamente e quantitativamente l'offerta di prestazioni in regime ambulatoriale e, corrispondentemente, decrementare l'offerta di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero.

La finanziaria per il 2006 dispone, infine, in ordine all'applicazione (in attesa dell'adozione dei provvedimenti di attuazione dell'articolo 119 della Costituzione) delle norme contenute nell'art. 7 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 (cd. meccanismo di perequazione). A tal fine, prevede una riduzione, per l'anno 2002, del 5 per cento e, a decorrere dall'anno 2003, di un ulteriore 1,5 per cento annuo delle quote annuali di incidenza della spesa storica (determinate dal comma 3 del citato decreto legislativo) ai fini del riparto delle risorse per la copertura dei fabbisogni sanitari regionali.

Nel complesso, sembra che la strategia del legislatore nazionale sia quella, già ampiamente sperimentata in passato, di imporre talune scelte gestionali attraverso l'attribuzione di fondi integrativi condizionati a determinate modalità operative o a particolari tipologie di spesa. A queste si associano la previsione di nuove responsabilità ed incombenze in capo ai responsabili degli enti gestori del servizio sanitario regionale e l'adozione di misure di sospensione o dilazione dei pagamenti, contestualmente all'introduzione di nuovi obblighi di comunicazione ed informazione nei confronti degli organi di controllo esterno.

Si inserisce su questa linea l'automatismo previsto dall'art. 1, comma 174 della L. 311/04, così come integrato dalla L. 266/05, consistente nell'innalzamento al livello massimo delle aliquote IRPEF ed IRAP nelle Regioni che non coprono integralmente i disavanzi registrati a partire dall'anno 2005.

Tra le principali innovazioni che hanno interessato la gestione sanitaria relativa agli ultimi esercizi finanziari, è da ricordare poi la fissazione di nuovi tetti di spesa per l'assistenza farmaceutica. In particolare, il D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito nella legge 24

novembre 2003, n.326, recante “Disposizioni urgenti per favorire lo sviluppo e per la correzione dei conti pubblici”, aveva stabilito che l’onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) non dovesse superare il 16% della spesa sanitaria complessiva, a livello nazionale ed in ogni singola Regione, fermo restando il tetto del 13% relativo all’assistenza farmaceutica territoriale.

Contestualmente è stata prevista, a decorrere dal 1° gennaio 2004, l’istituzione (in sostituzione della Commissione unica per il farmaco) dell’Agenzia italiana del farmaco (Aifa), dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia finanziaria e gestionale, con compiti di alta consulenza tecnica in materia di politiche per il farmaco, specie per quanto riguarda ricerca, investimenti, monitoraggio e prezzi.

Sulla base della normativa citata l’AIFA a partire dall’anno 2004 è tenuta a porre a carico dell’industria il 60% dello sfondamento del tetto di spesa, lasciando alle Regioni la copertura del restante 40%. Tuttavia l’AIFA negli anni passati è intervenuta sullo sfondamento del solo tetto del 13% relativo alla farmaceutica convenzionata, non conteggiando il rimanente 3% relativo alla spesa farmaceutica ospedaliera. In questo modo alla Regione Campania è stata compensata solo una parte del 60% dello sfondamento del tetto complessivo del 16% previsto dalla legge.

Solo recentemente con la Determinazione del 27.9.06, pubblicata sulla GU n. 227 del 29.9.06, l’AIFA ha assunto provvedimenti tesi a recuperare anche la quota parte del superamento del tetto del 3% della spesa ospedaliera i cui effetti saranno apprezzabili a regime solo nel 2007.

2. Provvedimenti regionali

La Regione Campania, dopo aver avviato con **la legge regionale n. 28 del 24 dicembre 2003** importanti misure per il risanamento della finanza regionale,³ ha introdotto, con **la legge finanziaria regionale per il 2006 (L.n.24/2005)**, nuove disposizioni per la copertura dei disavanzi pregressi del sistema sanitario regionale, istituendo un’apposita unità previsionale di base (la u.p.b. 4.15.245 dello stato previsionale della spesa denominata “Ripiano dei debiti del servizio sanitario gestito dalle aziende sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere regionali”) per complessivi 170 Meuro per ciascuno degli anni 2006 e 2007. Al relativo onere si provvede con le maggiori entrate derivanti dall’aumento dell’addizionale sul reddito per le persone fisiche e dell’imposta regionale sulle attività produttive. Tali somme saranno trasferite alla Società Regionale per la Sanità -So.Re.Sa.- società per azioni unipersonale, al fine di definire il pagamento dei debiti maturati dalle AA.SS.LL. e dalle AA.OO. regionali fino al 31 dicembre 2005. La previsione della quota dei 170 Meuro annui, derivata dall’innalzamento delle aliquote regionali di Irpef ed Irap, è stata estesa con la finanziaria regionale 2007 anche agli anni successivi al 2007, per l’intera durata dell’operazione gestita dalla So.Re.Sa. che si concluderà in un periodo massimo di 30 anni.

La So.Re.Sa. s.p.a. ha assunto a proprio carico tutta l’attività necessaria all’estinzione del debito, con il supporto di una garanzia fideiussoria, da parte della Regione, ovvero di altre garanzie immobiliari idonee a tenere indenne la società da ogni pretesa che possa derivare dal compimento delle operazioni.

Alla So.Re.Sa. s.p.a. è attribuita, altresì, la titolarità esclusiva delle funzioni di acquisto e fornitura di beni e attrezzature sanitarie delle AA.SS.LL. e delle AA.OO. La stessa elabora,

³ Tra queste figurano: la costituzione di un fondo specifico alimentato con fondi regionali dedicato al ripiano dei disavanzi sanitari, la costituzione della società per azioni unipersonale So.Re.Sa., che ha finalità di consolidamento e di ottimale gestione del debito pregresso delle aziende sanitarie e ospedaliere regionali; la conferma, a livello di norma primaria, di varie deliberazioni assunte dalla Giunta regionale in materia di limitazione al *turn over* del personale sanitario, di tetti di spesa alla sanità privata e alla farmaceutica convenzionata, di distribuzione diretta dei farmaci, di *budget* aziendali per beni e servizi; la istituzione di un Osservatorio permanente finalizzato ad individuare le migliori condizioni di mercato per l’acquisto di beni; la previsione della decadenza dei Direttori generali delle aziende sanitarie ed ospedaliere per il caso di mancato rispetto dei tetti di spesa o di disavanzi maggiori di quelli concordati in sede di *budget*.

annualmente, un programma di contenimento della spesa corrente sanitaria, definendo piani e procedure centralizzate di acquisto e fornitura a livello regionale.

La finanziaria regionale per l'anno 2006, in attuazione degli obblighi posti a carico delle Regioni con la citata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, fissa rigorosi tetti di spesa ai *budget* delle aziende del servizio sanitario regionale, in modo da ridurre la spesa sanitaria, per il triennio 2006-2008, del 18,5 per cento (di cui almeno il 6,5 per cento nel 2006) rispetto al livello dei costi raggiunto nell'esercizio 2004. In caso di mancato rispetto dei tetti di spesa, sono previste misure sanzionatorie a carico dei Direttori generali delle aziende sanitarie, quali la perdita della retribuzione di risultato ovvero, in caso di recidiva, la decadenza automatica dalla funzione.

Al fine di ottenere la riduzione e la ristrutturazione della spesa sanitaria nella misura voluta dalla legge finanziaria regionale per il 2006, la Giunta regionale ha approvato **la delibera n. 1843 del 9 dicembre 2005**, con la quale, attraverso l'introduzione di vincoli ed obiettivi di spesa per fattori di costo, ha posto le premesse per un effettivo contenimento della spesa nel triennio 2006/2008. ed il raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie ed ospedaliere campane.

Dopo aver stimato, per ciascuna azienda sanitaria, gli obiettivi di risparmio conseguibili nel triennio di riferimento in relazione alla distanza esistente tra la teorica situazione di pareggio dei conti e la misura del finanziamento determinato con la ripartizione del Fondo sanitario regionale per il 2005 (*ex* DGRC. n.1215 del 23 settembre 2005), sono stati individuati, per ciascuno dei diversi elementi di costo, gli obiettivi triennali di riduzione dei livelli di spesa programmati in rapporto al livello dei costi raggiunti nell'esercizio 2004, traducendoli, poi, direttamente all'interno dello stato di previsione della spesa del bilancio annuale di previsione 2006 e del bilancio pluriennale 2006-2008.

Ne consegue che, con la realizzazione di tali obiettivi di contenimento della spesa nel triennio, sarà conseguibile l'equilibrio gestionale corrente del sistema sanitario regionale in un quadro di risorse compatibili.

Le previsioni (rispetto ai costi del 2004) sono di un risparmio complessivo di spesa, al termine del triennio 2006-2008, pari al 18,5%, così diviso: -6,5% nel 2006; -5,5% nel 2007; -6,5% nel 2008. Il Piano di intervento dettagliato è contenuto nella citata DGRC 1843/05.

3. Patto per la salute e ddl finanziaria 2007

Nel quadro normativo sopra descritto si inserisce il nuovo Patto per la salute sottoscritto da Governo e Regioni il 28.09.2006 e i cui contenuti sono stati trasfusi nella finanziaria 2007 (L 296/06).

Tale Patto introduce novità importanti rispetto al passato, in particolare con riferimento alle disposizioni relative agli impegni delle Regioni interessate ai Piani di rientro, che di seguito sinteticamente vengono illustrate:

I. Accesso al fondo transitorio (punto 3 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera b, della legge finanziaria per l'anno 2007)

- sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro;
- indicazione sia delle misure di riequilibrio del profilo erogativo dei Livelli Essenziali di Assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente Piano Sanitario Nazionale e dal vigente DPCM di fissazione dei LEA, sia delle misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'articolo 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005.

- istituzione di un Fondo transitorio per le regioni in difficoltà il cui accesso è subordinato alla sottoscrizione del suddetto accordo;
- l'accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap.
- indicazione, qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefigurino il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, delle misure equivalenti che la Regione può proporre e che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze.
- indicazione che, in ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obiettivi;
- indicazione che qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto.

II. Individuazione delle misure di copertura dei disavanzi progressivi (punto 1.4 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera e) della legge finanziaria per l'anno 2007)

In via straordinaria, per le Regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della richiamata legge 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi progressivi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate.

III. Accredimento (punto 4.9 del Patto per la salute e articolo 1 comma 796 lettere s),t), u) della finanziaria per l'anno 2007)

E' prevista l'indicazione dei provvedimenti da adottare in materia di cui :

- viene individuata nel 1 gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'articolo 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'articolo 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'articolo 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'articolo 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;
- viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d. lgs 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'articolo 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al Comitato di verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

Per le Regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del Patto i provvedimenti di cui all'articolo 8 quinquies commi 1 e 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni.

IV. Piano regionale di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera (punto 4.18 del Patto per la salute e articolo 1, comma 796, lettera l, punto 2) della legge finanziaria per l'anno 2007)

V. Piano regionale di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio (articolo 1, comma 796, lettera o) della legge finanziaria per l'anno 2007)

L'obiettivo del piano, da adottare entro il 28.2.2007, e' l'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di efficientamento resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate.

V bis -Adozione dei provvedimenti regionali , in attuazione delle modifiche da apportarsi al DPCM del 29 novembre 2001 di definizione dei LEA finalizzate all'inserimento , nell'elenco delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, delle prestazioni già erogate in regime di ricovero ospedaliero, nonché alla integrazione e modificazione delle soglie di appropriatezza per le prestazioni di ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario diurno. (articolo 1, comma 796 , lettera q) della legge 27 dicembre 2006, n. 296)

VI. Adozione di provvedimenti per recuperare le somme dovute dai cittadini , anche esenti, in caso di mancato ritiro di risultati di visite o esami diagnostici con decorrenza 1° gennaio 2007 (articolo 1 comma 796, lettera r) della legge finanziaria per l'anno 2007)

VII. Previsione di assumere come base d'asta nel 2007 sulla base dei piu' bassi prezzi unitari di acquisto dei dispositivi medici e invio al ministero dei dati relativo al biennio 2005-2006 (articolo 1, comma 796, lettera v) della legge finanziaria per l'anno 2007)

VIII. Disposizioni da adottare entro il 28 febbraio 2007 per individuare i responsabili dei procedimenti applicativi delle disposizioni in materia di off label (articolo 1, comma 796, lettera z) della legge finanziaria per l'anno 2007)

IX. Impegno generale a dare attuazione a tutti i provvedimenti amministrativi che verranno adottati in attuazione del patto per la salute con riferimento a:

-lea;

-indicatori;

-programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel ssn;

-indirizzi per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino;

-diffusione di linee guida e protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura;

-indirizzi per la razionalizzazione della funzione ospedaliera;

-indirizzi per garantire l'integrazione tra erogatori pubblici e privati in relazione all'esigenza della qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione;

-invio di dati al nsis per il monitoraggio delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e farmaceutica convenzionata, distribuzione diretta dei farmaci, distribuzione per conto e monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, assistenza protesica e assistenza integrativa.

X. Adeguamento alle disposizioni in materia di personale (articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007 e patto per la salute)

XI. Alla verifica degli adempimenti conseguenti provvede il tavolo ex articolo 12 (punto 3.1 patto e art. 1, comma 796 lettera c) della legge finanziaria per l'anno 2007).

B. Accordi di programma

La Regione si impegna a garantire che i programmi di cui agli Accordi di programma ai sensi dell'articolo 5bis del dlgs 30 dicembre 1992, n.502 e successive modifiche ed integrazioni siano coerenti con gli interventi previsti dal presente Piano.

C. Verifica dell'erogazione dei LEA

La Regione è adempiente con raccomandazione a proseguire nell'impegno di migliorare la completezza e qualità dei flussi informativi, con particolare riferimento ai seguenti:

-HSP. 12 – posti letto strutture pubbliche ed equiparate. Per tale flusso informativo la qualità dei dati è risultata sufficiente. In considerazione della rilevanza dei dati in argomento, si rende opportuno per l'anno 2006, un miglioramento del processo di controllo qualità eseguito dalla Regione, in modo che il punteggio possa raggiungere il livello di qualità "buona".

-HSP. 13 – posti letto strutture private. Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 99%.

-RIA. 11 – attività degli Istituti di riabilitazione ex art. 26. Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 99%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2004 (98,84%).

-STS. 24 – attività delle strutture residenziali e semiresidenziali.

Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 96%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2003 (95,41%).

La qualità dei dati dell'anno 2005 è risultata insufficiente. Per l'anno 2006 si rendono necessarie un'attività di verifica più puntuale da parte della Regione dei dati trasmessi a livello nazionale dalle aziende e un confronto tempestivo con l'Ufficio II della DG del Sistema Informativo sulla base delle segnalazioni di incongruenza eventualmente evidenziate da quest'ultimo, nell'ottica di attivare un ciclo di miglioramento della qualità dei dati.

-HSP. 24 – attività di Nido. Per tale flusso informativo si è registrato nel triennio 2003-2005 un decremento della percentuale di copertura dei dati. Per l'anno 2006 si rende necessaria una copertura pari almeno al 95%, superando in tal modo la percentuale raggiunta nel 2004 (92,05%).

La Regione, in relazione all'articolo 4 , comma 1, lettera i) dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, che prevede la trasmissione al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze dei provvedimenti con i quali sono stati adottati i contenuti degli accordi sanciti in sede di Conferenza Stato-Regioni successivamente all'entrata in vigore del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive integrazioni, limitatamente agli accordi rilevanti, ai fini dell'applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, analiticamente indicati nell'Allegato 1 con la delibera di approvazione del presente Piano recepisce gli stessi impegnandosi a darne la massima diffusione, almeno con riferimento agli accordi aventi oggetto Piani nazionali.

D. Correlazione tra il Piano e gli ordinari strumenti della programmazione

Con il presente Piano si assume l'impegno ad adeguarlo alle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 1, comma 281 della legge 23 dicembre 2005, n.266, in relazione alle disposizioni regionali da adottarsi per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza , di cui alle linee guida allegate (Allegato 2)

Il Piano di rientro in parte si inserisce nell'alveo degli ordinari strumenti della programmazione sanitaria regionale, in parte invece dovrà avere una valenza "sovraordinata e straordinaria" rispetto agli stessi. In ogni caso il pieno raggiungimento degli obiettivi programmatici concordati e il relativo cronoprogramma dovranno trovare nei soggetti stipulanti l'Accordo che sono la Regione e i Ministeri dell'Economia e della Salute, il riferimento principale.

Per molti dei provvedimenti oggetto del Piano la titolarità giuridica nell'ambito della regione nell'attuale quadro legislativo è di competenza della Giunta Regionale, per altri invece la titolarità è del Consiglio Regionale, trattandosi di atti legislativi e/o regolamentari.

Tra i primi figurano le misure riguardanti il miglioramento dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie (come il trasferimento dal ricovero ordinario al regime di day-hospital od ambulatoriale di una serie di prestazioni e la riduzione al ricorso del parto cesareo), il contenimento della spesa farmaceutica e della mobilità ospedaliera passiva, la determinazione del piano annuale dei volumi delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e correlati limiti di spesa, la razionalizzazione della spesa per beni e servizi delle Aziende Sanitarie, la rimodulazione del piano di edilizia sanitaria, la rideterminazione delle tariffe per le prestazioni, le linee guida di comportamento per i medici prescrittori sulle principali patologie (ipertensione arteriosa, diabete mellito ecc...), l'informatizzazione dell'intero sistema.

Tra i secondi sono da annoverare l'attivazione dell'incremento della fiscalità, l'approvazione del Piano Sanitario Regionale e del Piano Ospedaliero, l'approvazione dei requisiti ulteriori per l'Accreditamento istituzionale da parte degli erogatori privati e pubblici.

E. Quadro sintetico degli obiettivi e interventi progettuali

Obiettivi generali	Obiettivi specifici
Riduzione strutturale del disavanzo 2007-2009	Riduzione dei costi di produzione
	Aumento delle entrate
Modificazione dell'organizzazione quali/quantitativa del SSR per contribuire all'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei LEA	Riduzione della spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera
	Riorganizzazione e sviluppo del livello dell'assistenza distrettuale
	Riduzione della spesa farmaceutica
	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza
	Miglioramento e sviluppo del sistema informativo
Verifica situazione debitoria al 31/12/05	Attivare la procedura di affiancamento di cui all'art.8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.05.

2.- Sviluppo dei contenuti del Piano

A. Analisi del contesto

1. Contesto economico e finanziario

L'incertezza del quadro normativo sulla finanza regionale ed, in particolare, della attuale mancata attuazione dell'art. 119 della Costituzione e della permanenza, sia pure profondamente modificata, del meccanismo redistributivo previsto dal decreto legislativo n. 56/2000, continua a condizionare l'attuazione dei principi di autonomia finanziaria delle Regioni e rappresenta l'ostacolo principale alla definizione del nuovo sistema di finanziamento.

Per una ricostruzione dei risultati di esercizio relativi al periodo 2003/2005, si espongono nel successivo prospetto i valori del fabbisogno della Regione Campania, espressi in dati di costo secondo il consolidamento dei conti economici delle aziende sanitarie ed ospedaliere, e il relativo finanziamento a copertura, (**Tab. 1.1**).

Le percentuali di crescita dei costi di gestione aumentano del 13% per il 2004 sul 2003 e del 10% per il 2005 sul 2004, mentre gli oneri per la mobilità interregionale rimangono costanti. Quanto al finanziamento, l'incremento della quota CIPE, è pari a circa il 3,9% per ciascun anno. Ulteriori prospetti (**Tabb.1.2** e **1.3**) tracciano il quadro completo del finanziamento corrente del fabbisogno sanitario nel periodo 2003/2005 e dei relativi disavanzi gestionali. L'analisi evidenzia soprattutto come le disponibilità finanziarie risultino largamente insufficienti a contenere il fabbisogno regionale e *generano disavanzi crescenti* che hanno raggiunto, al termine del 2005, la ragguardevole cifra di 1.839 milioni di euro (+42% rispetto al 2004). Altro dato preoccupante è la crescita della spesa sanitaria che prosegue a ritmi molto sostenuti (+13% nel 2004, +5,10% nel 2005).

TAB. 1.1

RISULTATI FINALI DI GESTIONE (costi di gestione e finanziamento corrente)									
(in milioni di euro)									
CAMPANIA	FABBISOGNO				COPERTURA FINANZIARIA				DISAVANZO
	Costi di Gestione	Saldo Mobilità Passiva	Rettifiche	Totale	Finanziamento CIPE	Proventi gestionali	Ricavi straordinari: altri fin.ti vincolati	Totale	
2003	7.805	247	0	8.052	7.233	105	137	7.475	577
2004	8.713	281	0	8.994	7.504	109	178	7.791	1.203
2005	9.647	278	0	9.925	7.798	170	170	8.138	1.787

Fonte: delibere CIPE di riparto del FSN e Tavolo di Monitoraggio Regioni - Min. Salute ed Economia

TAB. 1.2

RIPARTIZIONE DELLE DISPONIBILITA' 2003/2005 DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE											
(in milioni di euro)											
	IRAP	Add. IRPEF	Fabbisogn o sanitario finanziato da d.l.vo 56/2000	Fondo Sanitario	TOTALE	IRAP + Addizionale + fabbisogno sanitario finanziato dal d.l.vo 56/2000	Entrate proprie	Partecipazi oni regioni a statuto speciale	Saldo Mobilità tra le regioni	Riequilibrio ex Accordo Stato- Regioni 8 agosto 2001	FABBISOG NO TOTALE (compresi vo del riequilibrio)
CAMPANIA	1	2	A	B	3 = (A + B)	4 = 1 + 2 + 3	5	6	7	8	9 = 4 + 5 + 6 + 7 + 8
2003	1.267	158	5.444	0	5.444	6.869	105	0	-247	364	7.091
2004	1.295	338	5.512	0	5.512	7.145	109	0	-281	359	7.332
2005	1.405	326	6.067	0	6.067	7.798	170	0	-278	0	7.690

Fonte: Delibere CIPE di riparto del Finanziamento della Spesa Corrente del Servizio Sanitario Nazionale

TAB.1.3

SPESA E FINANZIAMENTO CORRENTE DEL SSN RISULTATI FINALI DI GESTIONE										
(in milioni di euro)										
CAMP ANIA	SPESA/COSTI	FINANZIAMENTO					TOTALE	SITUAZION E DISAVANZ O ante riparto di ulteriore quota risorse vincolate (CIPE)	TOTALE DISAVANZ I ulteriore ripartizione risorse vincolate (proposta)	SITUAZIONE DISAVANZO con ulteriore ripartizione risorse vincolate (proposta)
		IRAP + Add.le IRPEF	Fabb. Sanita rio ex d.l.vo 56/00 + riequili brio e mobilit à	RSS Partecipazioni	Entr ate prop rie	FS ex d.l.vo 56/00 + vincol ate riporta te				
2003	7.805	1.425	5.561	0	105	0	7.091	714	137	577
2004	8.713	1.633	5.590	0	109	0	7.332	1.381	178	1.203
2005	9.647	1.731	5.789	0	170	0	7.690	1.957	170	1.787

Fonte: delibere CIPE di riparto del FSN e Tavolo di Monitoraggio Regioni - Min. Salute ed Economia

I dati esposti, riassunti nella tabella seguente (**Tab.1.4**), evidenziano chiaramente l'insostenibilità degli attuali ritmi di crescita della spesa (nettamente superiore al 4% annuo) e del disavanzo che ne consegue.

TAB. 1.4

Spesa sanitaria complessiva in rapporto con le fonti di entrata							
(in milioni di euro)							
	2003	2004	2005	Variaz.	'04/03	Variaz.	'05/04
Spesa complessiva al lordo della mobilità	8.052	8.994	9.925		12%		10%
Totale Entrata	7.475	7.791	8.138		4%		4%
disavanzo	577	1.203	1.787		108%		49%

Fonte: elaborazione sulle tabelle 1.1, 1.2 e 1.3

Seguendo il criterio di classificazione economica della spesa sanitaria corrente, esposta nel seguente prospetto (**Tab.1.5**), si può osservare come la tendenza alla crescita della spesa manifestatasi nel 2005 tocchi livelli molto elevati (+ 10%). Tutti gli aggregati economici di maggior consistenza registrano incrementi. Per la prima volta, si assiste ad una crescita simmetrica e contestuale della spesa per il personale (+11%), la fornitura di beni e servizi (+21%) e la medicina generale convenzionata (+9%), mentre la spesa farmaceutica, dopo il leggero aumento del 2004, è tornata a scendere (-2%), rimanendo comunque sotto i valori del 2001.

TAB 1.5

CLASSIFICAZIONE ECONOMICA DELLA SPESA											
	2000	2001	Variaz. +/- 01/00	2002	Variaz. +/- 02/01	2003	Variaz. +/- 03/02	2004	Variaz. +/- 04/03	2005	Variaz. +/- 05/04
PERSONALE	2.273	2.446	8%	2.504	2%	2.543	2%	2.776	9%	3.074	11%
BENI E SERVIZI	686	775	13%	1.160	50%	1.329	15%	1.535	16%	1.853	21%
MEDICINA GENERALE CONVENZI ONATA	536	530	-1%	520	-2%	549	6%	599	9%	652	9%
FARMACEUTICA CONVENZI ONATA	1.121	1.264	13%	1.259	0%	1.207	-4%	1.264	5%	1.234	-2%
OSPEDALIERA CONVENZI ONATA(1)	880	890	1%	905	2%	901	0%	925	3%	718	-22%
SPECIALISTICA CONVENZI ONATA INTERNA	78	80	3%	108	35%	108	0%	125	16%	140	12%
SPECIALISTICA CONVENZI ONATA ESTERNA	180	204	13%	240	18%	241	0%	243	1%	233	-4%

ASSISTENZA DIAGNOSTICA CONVENZIONATA	95	101	6%	124	22%	124	0%	130	5%	168	29%
ASSISTENZA RIABILITATIVA (2)	396	351	11%	302	14%	359	19%	371	3%	366	-1%
ALTRE SPESE (3)	405	499	23%	429	14%	446	4%	746	67%	1.209	62%
TOTALE	6.650	7.140	7%	7.550	6%	7.805	3%	8.713	12%	9.647	11%

Fonte: Modello CE e Modello LA

(1) Fino al 2004 i costi dei Policlinici sono compresi nell'ospedaliera convenzionata: dal 2005 sono attribuiti alle specifiche voci di costo

(2) Dal 2002 sono esclusi circa Euro 40 milioni/anno per costi di competenza del sociale

(3) Le altre spese comprendono: Altra Assistenza Sanitaria (integrativa, anziani, ecc.), Accantonamenti, Oneri netti Straordinari e Finanziari, Imposte e Tasse

Il quadro economico della spesa, disaggregata secondo le voci di costo di cui alla tabella successiva (**Tab.1.6**), viene rapportato anche ai risultati di consuntivo relativi all'esercizio 2005, le cui poste economiche risultano tutte (ad eccezione della farmaceutica e della specialistica esterna convenzionata) in sensibile rialzo.

L'evoluzione dei costi sanitari in Campania, se osservata distintamente per Aree di assistenza (collettiva, distrettuale e territoriale, ospedaliera), denota una più accentuata concentrazione della spesa nei servizi di assistenza ospedaliera, che assorbono quasi la metà del fabbisogno, sostituendosi così al regime di assistenza distrettuale e territoriale nel costituire l'Area di assistenza con la maggiore incidenza percentuale di spesa.

TAB. 1.6

COSTI DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE per funzioni di spesa ANNI 2003/2005												
CAMPANIA	PERSONALE	BENI E SERVIZI	MED. GEN. CONV.	FARM. CONV.	OSPED. CONV.	SPEC. INT. CONV.	SPEC. EST. CONV.	ALTRE PRESTAZ.	ONERI FINANZIARI	SALDI DELLE VOCI ECONOMICHE	(in migliaia di euro)	
											SALDO INTRAMOENIA	COSTI CON SALDI VOCI ECONOMICHE
2003	2.542.587	1.328.524	549.218	1.206.635	617.407	108.000	240.632	657.576	22.250	536.205	3.639	7.805.395
2004	2.775.773	1.534.723	598.514	1.264.449	668.051	125.000	242.928	707.309	42.220	758.211	4.263	8.712.915
2005	3.074.370	1.853.293	651.527	1.234.400	718.193	140.000	232.955	769.150	84.819	894.091 (1)	5.910	9.646.888

(1) di cui €328.837 mila per accantonamenti, prevalentemente a fronte dei rinnovi dei CCNL in corso, in applicazione dell'art. 9 del DL 30 settembre 2005 n. 203 (G.U. n. 230 del 3.10.05)

Tale tendenza appare contraddire le linee di indirizzo emanate dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 3513 del 20 luglio 2001, nelle quali (per il miglioramento delle prestazioni sanitarie, una maggiore appropriatezza delle stesse ed il contenimento della spesa sanitaria) si fissa un rapporto tra le diverse aree assistenziali che vede attribuire all'assistenza ospedaliera solo il 45,9% della spesa (contro il 49% della spesa raggiunto nel 2004), all'assistenza distrettuale il 50,7% e all'assistenza collettiva il 3,4%.

Come si evince dal successivo prospetto (**Tab.1.7**) i livelli assistenziali che hanno subito i più consistenti incrementi di spesa sono, essenzialmente, le degenze ospedaliere ordinarie per acuti e il pronto soccorso, l'assistenza sanitaria di base nonché l'assistenza integrativa.

TAB 1.7

Classificazione della spesa regionale per livelli di assistenza

(in milioni di euro)

LIVELLI DI ASSISTENZA	2003	comp. %	2004	comp. %	Variaz. % 04/03	2005	comp. %	Variaz. % 05/04
Igiene e sanità pubblica	79	1,00%	80	0,90%	1,30%	82	0,80%	3,10%
Igiene degli alimenti e della nutrizione	37	0,50%	45	0,50%	20,90%	46	0,50%	2,40%
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	42	0,50%	46	0,50%	9,70%	52	0,50%	14,00%
Sanità pubblica veterinaria	85	1,10%	113	1,30%	32,50%	118	1,20%	4,20%
Attività di prevenzione rivolte alle persone	60	0,70%	73	0,80%	22,30%	83	0,80%	14,50%
Servizio medico legale	45	0,60%	55	0,60%	21,80%	59	0,60%	7,70%
TOTALE ASSISTENZA SANITARIA COLLETTIVA IN AMBIENTE DI VITA E DI LAVORO	348	4,40%	412	4,60%	18,30%	441	4,50%	7,20%
Guardia medica	92	1,20%	85	0,90%	-7,30%	125	1,30%	46,40%
Medicina generale - Medicina generica	468	5,90%	497	5,50%	6,20%	585	5,90%	17,60%
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	89	1,10%	89	1,00%	-0,30%	132	1,30%	47,40%
Emergenza sanitaria territoriale	106	1,30%	88	1,00%	-17,30%	114	1,20%	29,90%
Assistenza farmaceutica tramite le farmacie convenzionate	1.188	14,90%	1.157	12,90%	-2,60%	1.288	13,10%	11,30%
Altre forme di erogazione dell'assistenza farmaceutica	144	1,80%	158	1,80%	9,30%	174	1,80%	10,40%
Assistenza integrativa	48	0,60%	62	0,70%	30,30%	88	0,90%	42,50%
Assistenza specialistica - Attività clinica	280	3,50%	313	3,50%	11,80%	381	3,90%	21,80%
Assistenza specialistica - Attività di laboratorio	256	3,20%	307	3,40%	20,20%	307	3,10%	-0,20%
Assistenza specialistica - Attività di diagnostica	239	3,00%	189	2,10%	-20,70%	265	2,70%	39,70%
Assistenza protesica	86	1,10%	98	1,10%	13,70%	101	1,00%	2,90%
Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare:								
Assistenza programmata a domicilio (ADI)	41	0,50%	42	0,50%	3,60%	42	0,40%	-0,80%
Assistenza alle donne, famiglia, coppie (consultori)	93	1,20%	86	1,00%	-6,80%	95	1,00%	10,20%
Assistenza psichiatrica	121	1,50%	154	1,70%	26,60%	168	1,70%	9,30%
Assistenza riabilitativa ai disabili	231	2,90%	279	3,10%	20,80%	243	2,50%	-12,90%
Assistenza ai tossicodipendenti	48	0,60%	77	0,90%	62,30%	80	0,80%	4,10%
Assistenza agli anziani	29	0,40%	28	0,30%	-4,10%	29	0,30%	2,90%
Assistenza ai malati terminali	1	0,00%	1	0,00%	-8,10%	3	0,00%	109,50%
Assistenza a persone affette da HIV	0	0,00%	0	0,00%	-41,30%	0	0,00%	25,40%
Assistenza territoriale semiresidenziale:								
Assistenza psichiatrica	47	0,60%	51	0,60%	9,30%	56	0,60%	8,00%
Assistenza riabilitativa ai disabili	98	1,20%	90	1,00%	-8,10%	90	0,90%	0,20%
Assistenza ai tossicodipendenti	12	0,20%	9	0,10%	-26,80%	10	0,10%	5,60%
Assistenza agli anziani	15	0,20%	21	0,20%	38,20%	10	0,10%	-50,20%
Assistenza a persone affette da HIV	0	0,00%	0	0,00%	-100,00%	0	0,00%	n.s.
Assistenza ai malati terminali	0	0,00%	0	0,00%	-100,00%	0	0,00%	n.s.
Assistenza territoriale residenziale:								
Assistenza psichiatrica	37	0,50%	54	0,60%	46,30%	42	0,40%	-22,90%
Assistenza riabilitativa ai disabili	111	1,40%	133	1,50%	19,20%	140	1,40%	5,20%
Assistenza ai tossicodipendenti	17	0,20%	16	0,20%	-3,80%	12	0,10%	-25,90%
Assistenza agli anziani	5	0,10%	9	0,10%	74,30%	13	0,10%	39,80%
Assistenza a persone affette da HIV	0	0,00%	0	0,00%	50,00%	0	0,00%	-100,00%
Assistenza ai malati terminali	0	0,00%	0	0,00%	n.s.	0	0,00%	n.s.
Assistenza idrotermale	9	0,10%	22	0,20%	133,30%	16	0,20%	-27,00%
TOTALE ASSISTENZA DISTRETTUALE	3.913	49,10%	4.118	45,90%	5,20%	4.607	46,70%	11,90%
Attività di pronto soccorso	253	3,20%	322	3,60%	27,30%	413	4,20%	28,20%
Ass. ospedaliera per acuti in D.H. e Day Surgery	464	5,80%	562	6,30%	21,20%	642	6,50%	14,30%
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	2.806	35,20%	3.340	37,20%	19,00%	3.562	36,10%	6,60%
Interventi ospedalieri a domicilio	37	0,50%	46	0,50%	25,00%	2	0,00%	-95,40%
Ass. ospedaliera per lungodegenti	22	0,30%	24	0,30%	7,80%	22	0,20%	-9,70%
Ass. ospedaliera per riabilitazione	67	0,80%	100	1,10%	49,40%	96	1,00%	-4,00%
Emocomponenti e servizi trasfusionali	42	0,50%	45	0,50%	8,10%	62	0,60%	36,50%
Trapianto organi e tessuti	10	0,10%	6	0,10%	-37,70%	9	0,10%	40,30%
TOTALE ASSISTENZA OSPEDALIERA	3.701	46,50%	4.446	49,50%	20,10%	4.808	48,80%	8,10%
TOTALE COSTI	7.962	100,00%	8.976	100,00%	12,70%	9.856	100,00%	9,80%

Fonte: Modelli LA del SIS - Sistema Informativo del Ministero della salute (i dati non comprendono la mobilità passiva interregionale)

2. Il contesto demografico

In regione Campania risiede circa il 10% dell'intera popolazione italiana e, con i suoi 5.701.931 residenti al censimento 2001, si colloca al 2° posto in Italia per numerosità della popolazione, dopo la Lombardia.

La Regione si estende su un territorio di 13.569 Km² e rappresenta il 4,5% del territorio nazionale, pari a circa 301.300 Km². Essa si pone al 12° posto per estensione territoriale in ambito nazionale. Ripartendo la superficie territoriale secondo la zona altimetrica si ha che il 34,6% della superficie è costituita da zone di montagna (4.698 Km²); il 50,8% è costituito da zone di collina (6.913 Km²); il 14,6% da zone di pianura (1.985 Km²).

La densità abitativa media dell'intera Regione risulta essere la più elevata d'Italia, con 420 abitanti per Km², di molto superiore al dato medio nazionale pari a circa 189 ab./Km². Tale dato appare molto variabile se riferito agli ambiti territoriali delle province, variando da un minimo di 139 ab./Km² per la Provincia di Avellino, ad un massimo di 2.612 per la Provincia di Napoli.

L'ammontare e la distribuzione territoriale della popolazione sono tra i pochissimi parametri demografici rimasti nel tempo sostanzialmente stabili o, comunque, moderatamente dinamici, a paragone di altri elementi che caratterizzano il panorama evolutivo nazionale. Nondimeno essi rimangono estremamente significativi quali strumento di programmazione e di governo da parte delle Regioni, specie in ambito sanitario.

L'elemento innovativo che più ha contraddistinto le dinamiche demografiche negli ultimi anni è costituito dalla presenza straniera nei nostri territori, che, pur non raggiungendo livelli elevati in ambito nazionale, si connota con modalità diverse nelle singole Regioni, concentrandosi particolarmente nelle realtà metropolitane.

Negli ultimi decenni le dinamiche demografiche della popolazione italiana sono state contraddistinte fondamentalmente da due importanti fenomeni. Il primo è costituito da una sostanziale stabilità della popolazione residente: dal 1982 al 2003, infatti, l'incremento della popolazione italiana è stato solo del 2%. Contemporaneamente si è osservato un progressivo processo di invecchiamento della popolazione, che ha raggiunto livelli tra i più elevati d'Europa con un valore dell'indice di vecchiaia nel 2003 tale che ogni 100 giovani di età inferiore ai 15 anni ci sono 135 anziani di età superiore ai 64 anni.

Le componenti più rilevanti che hanno contribuito a questa situazione sono riportabili alla bassa natalità e all'aumento della vita media (elementi questi che determinano il saldo naturale negativo), anche se in parte bilanciati da un saldo migratorio fortemente positivo.

Il contributo dato dalla regione Campania ai valori nazionali va a volte in linea con le tendenze italiane, a volte in netta controtendenza. L'incremento della popolazione campana dal 1982 al 2003 è stato, infatti, più del doppio rispetto alla media italiana (5%) e l'indice di vecchiaia del 2003 è il più basso del Paese (81 anziani ogni 100 giovani).

NATALITÀ

Per esaminare i fenomeni demografici legati alla natalità viene frequentemente utilizzato l'Indice di Fecondità Totale (IFT), che esprime il numero medio di figli per ogni donna in età feconda (15 - 49 anni) in un determinato anno di calendario. Il comportamento riproduttivo delle donne italiane ha avuto un notevole cambiamento nell'ultimo cinquantennio, passando da valori di circa 3 figli per donna, caratteristici degli anni del periodo prebellico ed immediatamente successivi, a valori gradualmente decrescenti (ad eccezione del famoso baby-boom del 1964) fino ad osservare un calo consistente nel periodo 1974-84, scendendo al di sotto della soglia di sostituzione (2 figli per donna). Nel 2003 l'I.F.T. è stato di 1,3 figli per donna in età feconda, scendendo del 43% rispetto al 1980;

l'Italia rappresenta oggi il Paese con la più bassa fecondità del mondo. La Campania è la regione italiana che più si è discostata da questa tendenza, con un I.F.T. nel 2003 di 1,5 figli per donna feconda, valore tra i più alti d'Italia (fonte dati ISTAT - Indicatori socio sanitari nelle regioni italiane).

3. Il contesto socio-economico

La consapevolezza dell'influenza che i determinanti sociali ed economici hanno sullo stato di salute delle popolazioni rende necessario analizzare il contesto socio-economico nel quale si sviluppano ed incidono con maggiore frequenza e gravità varie malattie, disabilità, mortalità precoci ed evitabili.

L'OCCUPAZIONE

La regione Campania è profondamente segnata dalla mancanza di lavoro che, in alcune province, si presenta come una vera emergenza sociale. Al censimento 2001 il tasso di disoccupazione campano è pari al 27%, più alto del valore relativo alle regioni del Meridione (22%) e più del doppio rispetto al valore nazionale (12%). La situazione è particolarmente grave per le fasce giovanili in quanto due terzi dei giovani campani è senza una occupazione (nella fascia 15-24 anni riguarda il 66% dei soggetti contro una media italiana del 33%) e per le donne (una su tre è disoccupata, rapporto che arriva a sette su dieci nella fascia 15-24 anni).

La distribuzione provinciale di questo problema, come di altri fenomeni socio-economici, è fortemente disomogenea sul territorio regionale, se si guarda, infatti, ai dati relativi al censimento 2001 si riscontrano tassi particolarmente elevati nelle province di Napoli (31% in totale, 40% nelle donne) e Caserta (28% in totale, 37% nelle donne). La percentuale minore si registra nella provincia di Benevento (17%) anche se rimane sempre superiore alla media nazionale.

IL REDDITO DISPONIBILE

Nel periodo 1995-2003 il reddito disponibile delle famiglie italiane si è concentrato per circa il 53 per cento nelle regioni del Nord Italia, per il 26 per cento circa nel Mezzogiorno e per il restante 21 per cento nel Centro. In questo arco di tempo il Mezzogiorno ha sperimentato la crescita più sostenuta del proprio reddito disponibile (+37,1%), rispetto ad un incremento medio nazionale pari al 33,5% , tuttavia ciò non è stato sufficiente a colmare lo svantaggio delle regioni meridionali, per le quali il livello del reddito disponibile delle famiglie resta, nel 2003, pari all' 84 per cento circa di quelle del Nord Ovest. L'andamento positivo appare generalizzato e superiore alla media nazionale in tutte le regioni meridionali ed in particolare la Campania registra il tasso di crescita più alto pari al 40,3%.

I CONSUMI

Nel 2004, secondo i dati dell'indagine sui consumi condotta dall'Istat, in Campania la spesa media mensile per famiglia è pari, in valori correnti, a 1.928 euro (contro una media italiana di 2.381 euro) registrando un aumento di circa settanta euro rispetto all'anno precedente (+3,7%). Il consumo medio si pone al terzultimo posto della graduatoria nazionale prima delle regioni Sicilia e Basilicata. I consumi alimentari in Campania costituiscono il 25,7% della spesa totale (regione con il valore più alto) a differenza di una percentuale media italiana pari al 19%. Le spese per l'abitazione incidono per un 22,5% (482 euro), percentuale più bassa della media italiana pari al 25,5% della spesa totale.

La quota di spesa destinata ai tabacchi è la più alta in Italia ed è pari all'1,4% della spesa totale mensile (27 euro), contro una percentuale media dell' 1,1% delle regioni del mezzogiorno e dell'0,8%

dell'Italia. E', infine, molto ridotta tra le famiglie campane la spesa riservata a tempo libero, cultura e giochi, pari a 73 euro mensili (3,8% della spesa totale), contro una media delle regioni meridionali di 82 euro (4,3%) e di quella italiana pari a 114 euro (4,8%).

L'ISTRUZIONE

Come rilevato dal censimento 2001, in Campania il 33% dei soggetti con più di 19 anni ha un diploma di scuola media superiore, valore in linea con la media nazionale; una percentuale più bassa si registra però per la provincia di Caserta che presenta valori intorno al 31%. La percentuale di laureati tra i soggetti con più di 20 anni è pari al 7,7%, dato anch'esso in linea con quello nazionale; una percentuale più alta si registra nella città di Napoli (12%), che presenta, però, valori più bassi rispetto ad altre grandi città italiane (Milano 16,7%; Roma 15,2%). Per le persone residenti in Campania di età compresa tra i 15 e i 52 anni, l'indice di non conseguimento della scuola dell'obbligo raggiunge il 15%, valore leggermente più alto rispetto al valore presentato dalle regioni meridionali (14%), e nettamente al di sopra della media italiana, pari al 10%; nella la provincia di Napoli la percentuale raggiunge il valore regionale più alto (18%). La Campania si distingue, inoltre, per il minor tasso di scolarità relativo agli asili nido e scuole materne, che risulta pari al 52,7%, valore più basso rispetto alle regioni del meridione prese nel complesso (54,2%) e soprattutto rispetto all'Italia dove il tasso raggiunge il 56%.

LA POVERTÀ

La percentuale di famiglie povere nel 2003, stimato in base alle indagini sui consumi delle famiglie, nel Mezzogiorno è pari al 21,3%, contro un valore medio nazionale del 10,6. La Campania ha una percentuale tra le più alte in Italia: il 20,7% delle famiglie, per un numero di persone pari a circa 1.300.000, risulta in condizioni di povertà.

L'ISTAT, sulla base di analisi a *cluster* effettuate sui dati del censimento 1991, ha potuto approfondire la conoscenza delle cosiddette aree dello svantaggio sociale. In particolare, per la città di Napoli, l'analisi della morfologia socio economica mostra una realtà metropolitana estremamente disomogenea e frammentaria per la netta separazione tra zone residenziali benestanti e zone fortemente disagiate. In tale analisi Napoli viene definita la "città del disagio" in quanto le zone caratterizzate da famiglie numerose, abitazioni prive di servizi, giovani in cerca di prima occupazione costituiscono più della metà del territorio urbano.

LA CRIMINALITÀ

Nel 2003 in Campania ci sono stati 3.889 delitti denunciati alle Forze dell'Ordine ogni 100.000 abitanti, valore inferiore a quello nazionale, pari a 4.265. Negli ultimi anni si è assistito ad un incremento dei delitti, in Campania come in Italia. Tra le Province campane, Napoli ha l'indice di delittuosità più alto (4.602 delitti ogni 100.000 abitanti). Considerando esclusivamente i delitti di criminalità violenta (omicidi, violenza sessuale, rapine, etc.), in Campania si osserva un indice di delittuosità molto più alto di quello nazionale (316,4 vs. 147,5). Se in Italia negli ultimi 5 anni l'indice è pressoché costante, in Campania si osserva un incremento del 30%. La situazione a livello provinciale appare molto disomogenea: indici molto alti si osservano a Napoli (463,1) e Caserta (236,6); valori molto più bassi nelle province di Avellino (75,8) e Benevento (89,2).

LA MIGRAZIONE

In Campania, a partire dal 1995 il saldo migratorio interno è negativo in quanto è maggiore la quota di persone che lascia la regione rispetto a quelle che si iscrivono. In particolare nel 2001 il 2,3% della popolazione residente ha lasciato la regione (128.648 persone). Nel 2001 il saldo migratorio interregionale è in deficit ed è pari a 4,9 ogni mille abitanti. Il dato è il più alto d'Italia.

IL CONTESTO URBANO

Nell'indagine multiscopo sulle famiglie, l'ISTAT riporta, tra l'altro, la percentuale di giudizi negativi delle famiglie rispetto ad alcuni problemi ambientali e/o relativi al contesto urbano. In Campania la percentuale di giudizi negativi è superiore alle medie nazionali rispetto alla sporcizia nelle strade, difficoltà di parcheggio, difficoltà di collegamento, traffico, inquinamento dell'aria, rumore.

In sintesi, la Campania si connota per l'alto tasso di disoccupazione e disoccupazione giovanile, per il basso reddito ed il minore incremento del reddito annuo, per bassi consumi con eccezione di quello di tabacchi, per un basso numero di qualificati professionali, per bassi tassi di scolarità, alto numero di studenti per insegnante, alta percentuale di respinti, grave disgregazione nelle aree metropolitane, alto tasso di povertà, alta pericolosità della criminalità, alta percentuale di emigrazione e generale insoddisfazione dei cittadini per la qualità dei servizi e di vita in genere.

Tutto quanto su esposto denota un chiaro quadro di disagio sociale ed economico, con aree di emarginazione e pericolosità sociale crescenti nel tempo che si associano e connotano uno stato di benessere psico-fisico molto lontano dagli standard attesi e delineati per un paese europeo.

In Campania è perciò necessario, secondo la strategia delineata nel progetto europeo dell'OMS "Health 21", associare tra loro competenze politiche e sociali anche non sanitarie sulle problematiche della programmazione sanitaria, sulla definizione delle priorità e sulla elaborazione di interventi multisettoriali sui determinanti di salute tramite la produzione di programmi di salute pubblica orientati al raggiungimento di specifici risultati.

La strategia da perseguire è evidentemente fondata sul coinvolgimento di tutti i partner sanitari e sociali (famiglie, scuole, comuni e associazioni) per una partecipazione attiva nel processo di sviluppo della salute.

4. Lo stato di salute della popolazione

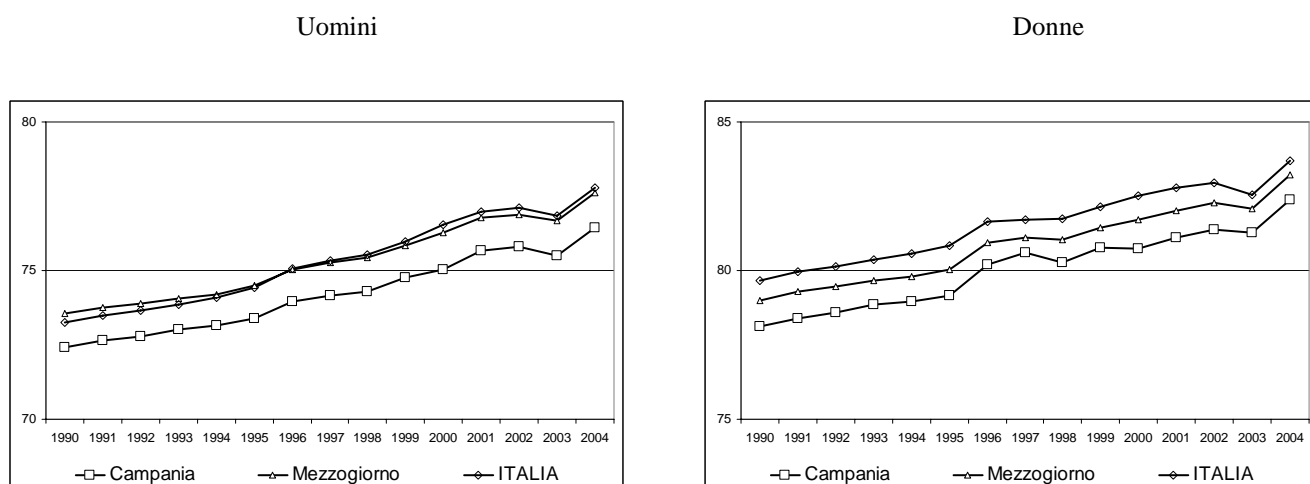
LA MORTALITÀ GENERALE

Il nostro Paese ha raggiunto livelli di sopravvivenza tra i più alti dell'Unione Europea. Per misurare i livelli di sopravvivenza nella popolazione si utilizza frequentemente l'indicatore della Speranza di vita alla nascita, che viene definito come il numero medio di anni che restano da vivere alla nascita, nella popolazione stazionaria ad un determinato anno di calendario. Il trend della speranza di vita è in continua ascesa e nel 2004 ha raggiunto in Italia il valore di 77,8 anni per gli uomini e 83,7 per le donne. I maggiori contributi all'incremento della sopravvivenza provengono, in misura prevalente, dai guadagni realizzati alle età anziane; tuttavia si sono ottenuti notevoli miglioramenti anche nella

sopravvivenza nel primo anno di vita. Nel grafico sono riportati i trend degli ultimi 15 anni dell'attesa di vita calcolata per l'Italia il Mezzogiorno e la Campania. I valori della Campania sono in aumento, ma si mantengono costantemente al di sotto del valore nazionale e del Mezzogiorno. Nel 1990 la speranza di vita in Campania era pari a 72,4 anni per gli uomini e 79,1 per le donne; nel 2004 l'attesa di vita è aumentata rispettivamente a 76,5 e 83,7.

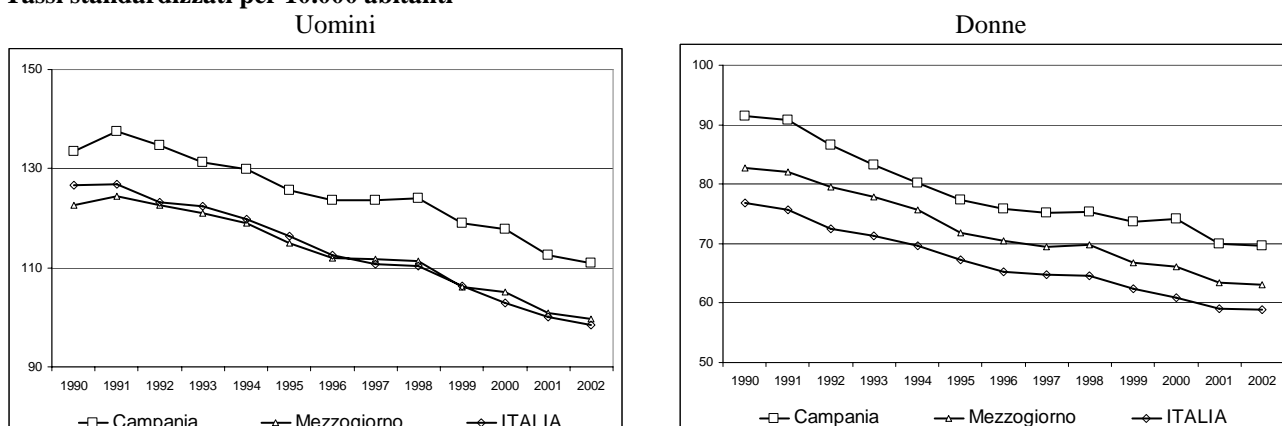
Ogni anno in Campania muoiono circa 46.000 persone. Il tasso grezzo di mortalità è inferiore a quello nazionale, perché la popolazione campana è complessivamente più giovane, ma tenendo conto dell'età, i tassi standardizzati per età aggiornati al 2002 sono più elevati in Campania (1.109 morti per 100.000 abitanti per gli uomini e 696 per le donne) che in Italia (983 e 588 per 100.000 abitanti). Il trend della mortalità generale risulta in decremento ma costantemente al di sopra dei livelli nazionali e del Mezzogiorno. Di seguito è riportato l'andamento della mortalità nell'ultimo decennio, distinto per i due sessi.

Andamento della speranza di vita alla nascita in Campania, Mezzogiorno e Italia, nel periodo 1990-2004



Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT- HFA

Andamento della mortalità in Campania, Mezzogiorno e Italia nel periodo 1990-2002 per sesso. Tassi standardizzati per 10.000 abitanti



Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT- HFA

La distribuzione della mortalità sul territorio campano appare marcatamente disomogenea: le province di Caserta e Napoli hanno tassi di mortalità particolarmente elevati, mentre nelle Province di Avellino e Benevento si osservano tassi inferiori alla media italiana.

Numeri di decessi e tassi standardizzati per età, anno 2001

Aree	Maschi		Femmine	
	Num	tst	Num	tst
Caserta	3.247	117,3	3.122	74,2
Benevento	1.453	99,1	1.341	59,8
Napoli	11.888	122,7	11.634	76,9
Avellino	2.070	98,3	1.990	61,4
Salerno	4.877	104,8	4.345	64,5
Campania	23.535	113,6	22.432	71,2
Italia	279.032	100,0	277.860	59,1

Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT- HFA

Anche la mortalità nel primo anno di vita, pur rimanendo tra le più alte in Italia, ha subito un notevole decremento negli ultimi 15 anni, riducendo in parte il gap con la media nazionale. Nel 1990 il tasso di mortalità infantile in Campania era pari a 102,0 per 10.000 nati vivi contro un valore nazionale pari a 81,5. Nel 2002 il tasso è sceso al 46,1 contro il 40,5 dell'Italia.

LA MORTALITÀ PER CAUSA

La prima causa di morte in Campania è rappresentata, sia per gli uomini che per le donne, dalle malattie del sistema circolatorio (40% della mortalità maschile per tutte le cause e 50,3% della mortalità femminile). Alle malattie del sistema circolatorio seguono i tumori (pari al 30% dei decessi maschili e al 21,3% di quelli femminili). La graduatoria si diversifica poi nei due sessi: nei maschi troviamo al 3° posto le malattie dell'apparato respiratorio (7,8% del totale), seguite dalle malattie del sistema digerente (5,8%) e dai traumatismi ed avvelenamenti (4,2%); nelle donne, invece, al 3° posto compaiono le malattie del metabolismo, delle ghiandole endocrine e dei disturbi immunitari (6,5% della mortalità femminile) seguite dalle malattie dell'apparato digerente e dell'apparato respiratorio (5,8% e 4,6%).

Graduatoria della causa di morte in Campania per alcuni indicatori di mortalità negli anni 1998-2001

UOMINI			Rango	DONNE		
TSD (100.000)	Rischio 0-74 anni (per 100)	Tasso stand. anni di vita persi a 75 anni (per 1.000)		TSD (100.000)	Rischio 0-74 anni (per 100)	Tasso stand. anni di vita persi a 75 anni (per 1.000)
Malattie del sistema circolatorio 361,9	Tumori 17,9	Tumori 21,1	1	Malattie del sistema circolatorio 253,2	Tumori 9,2	Tumori 13,7
Tumori 262,6	Malattie del sistema circolatorio 16,1	Malattie del sistema circolatorio 16,9	2	Tumori 130,7	Malattie del sistema circolatorio 8,4	Malattie del sistema circolatorio 7,3
Malattie dell'apparato respiratorio 70,4	Malattie dell'apparato digerente 3,6	Traumatismi ed avvelenamenti 8,1	3	Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab. 35,1	Malattie dell'apparato digerente 2,1	Alcune condizioni morbose perinat. 3,5
Malattie dell'apparato digerente 51,3	Malattie dell'apparato respiratorio 2,9	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti 4,7	4	Malattie dell'apparato digerente 32,7	Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab. 2,1	Malformazioni congenite 2,3

Traumatismi ed avvelenamenti	UOMINI			5	DONNE		
	Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab.	Malattie dell'apparato digerente			Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie dell'apparato digerente
35,8	2,3	4,5		23,7	0,9	2,1	
Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab.	Traumatismi ed avvelenamenti	Alcune condizioni morbose perinat.	6	Traumatismi ed avvelenamenti	Traumatismi ed avvelenamenti	Traumatismi ed avvelenamenti	
34,4	2,3	4,2		17,5	0,8	2	
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab.	7	Malattie del sistema nervoso	Malattie del sistema nervoso	Malattie ghiand. endocrine, nutriz., metab.	
19,2	1,3	2,7		11,1	0,6	1,8	
Malattie dell'apparato genito-urinario	Malattie del sistema nervoso	Malformazioni congenite	8	Malattie dell'apparato genito-urinario	Malattie dell'apparato genito-urinario	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	
14,8	0,8	2,4		9	0,5	1,2	
Malattie del sistema nervoso	Malattie dell'apparato genito-urinario	Malattie dell'apparato respiratorio	9	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	Malattie del sistema nervoso	
14,2	0,7	2,3		7,2	0,4	1,1	
Disturbi psichici	Malattie infettive	Malattie del sistema nervoso	10	Disturbi psichici	Alcune condizioni morbose perinat.	Malattie dell'apparato respiratorio	
5,8	0,4	1,4		5,2	0,3	0,9	

Fonte: elaborazioni OER Campania su dati ISTAT

Se si struttura la graduatoria sul valore del rischio di morte entro i 74 anni, la prima causa di decesso è rappresentata dai tumori che determinano un rischio di circa il 18% nei maschi e del 9,2% nelle femmine; le malattie dell'apparato circolatorio sono la seconda causa, con un rischio di morte per gli uomini di 16,1% e per le donne di 8,4%. Nei maschi terza causa sono le malattie del digerente (3,6%); nelle donne, invece, al 3° posto del rango e con lo stesso grado di rischio (2,1%) si posizionano le patologie dell'apparato digerente e del metabolismo seguite.

Nella tabella seguente viene riportato un confronto della mortalità per causa tra Campania e Italia. La Campania presenta tassi di mortalità più elevati per tutte le grandi cause in entrambi i sessi, ad eccezione dei traumatismi ed avvelenamenti e dei tumori, per il solo sesso femminile.

Numero decessi e tassi standardizzati per età, per causa e sesso, Campania e Italia, anno 2002

Cause di morte	Campania				Italia			
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	N.	TSD	N.	TSD	N.	TSD	N.	TSD
Tutte le cause	23.955	530,1	23.059	316,8	276.315	467,7	279.352	269,2
Malattie del sistema circolatorio	9.406	193,5	11.547	132,2	104.704	158,5	130.788	98,3
Iperensione	754	14,9	1293	14,3	7.709	11,2	14.091	10,1
M.Ischemiche	3.394	71,8	3.034	36,0	38.882	60,8	35.821	27,4
M. Cerebrovascolari	2.659	52,3	4.008	44,0	26.362	37,7	39.157	28,9
Malattie respiratorie	1.757	34,8	1.041	12,9	20.488	29,3	15.248	12,1
Bronchite, Enfisema, Asma	1.148	22,0	576	6,8	10.702	14,8	6.080	4,6
Malattie del digerente	1.334	30,3	1.254	18,2	12.370	21,5	12.161	12,1
Cirrosi epatica	852	20,0	748	11,6	6.149	12,0	4.393	5,6
Malattie metaboliche e del ricambio								
Diabete	853	17,9	1.343	16,9	7.083	11,1	10.431	8,9
Tumori	7.507	168,4	4.987	85,7	92.906	159,8	69.295	88,3

Leucemie	243	5,7	226	4,1	2.989	5,5	2.509	3,4
T. colon-retto	710	15,5	646	9,8	10.526	17,5	9.529	10,7
T. esofago	76	1,8	21	0,3	1.478	2,8	482	0,6
T. fegato	352	8,1	154	2,49	3.860	6,9	1.864	2,2
T. laringe	180	4,0	11	0,2	1.736	3,1	157	0,2
T. mammella	-	-	818	16,2	-	-	11.251	17,1
T. ovaio	-	-	185	3,5	-	-	2.861	4,3
T. pancreas	263	6,2	246	4,1	4.069	7,3	4.280	4,9
T. polmoni	2.374	54,0	448	8,1	25.639	44,7	6.495	8,8
T. prostata	521	9,9	-	-	7.105	10,0	-	-
T. rene	126	2,9	78	1,3	2.052	3,7	1.133	1,4
T. stomaco	437	9,7	301	4,8	6.238	10,4	4.659	5,2
T. utero	-	-	224	3,9	-	-	2.693	3,7
T. vescica	414	8,7	92	1,2	4.158	6,4	1.080	1,0
Malattie genito-urinarie	408	8,4	399	5,2	3.913	5,7	4.156	3,5
Insufficienza renale cr. e non spec.	236	4,9	215	2,9	1.944	2,9	2.062	1,8
Traumatismi ed avvelenamenti	933	26,2	759	11,1	15.249	38,4	10.431	13,1

Fonte: Elaborazioni ISS su dati ISTAT

4.1 Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte in Italia ed in Campania e le patologie maggiormente responsabili di questo evento sono l'infarto acuto del miocardio e l'ictus cerebrale. Negli ultimi 10 anni, sia in Italia che in Campania si è osservato, per l'ictus cerebrale, un trend di mortalità decrescente, mentre si è riscontrato un lieve aumento, più marcato in Campania, della mortalità per le malattie ischemiche del cuore.

Dai dati di mortalità più recenti, per entrambe le malattie, in tutte le Province campane, il tasso standardizzato di mortalità si presenta superiore a quello nazionale con punte massime nelle Province di Napoli e Caserta.

Numero di decessi e tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti, per sesso, anno 2001

Aree	Malattie ischemiche del cuore		Malattie ischemiche del cuore		Disturbi circolatori encefalo		Disturbi circolatori encefalo	
	Maschi		Femmine		Maschi		Femmine	
	Num	tst	Num	tst	Num	tst	Num	tst
Caserta	483	16,5	367	9,4	377	15,4	595	13,7
Benevento	191	12,6	150	6,9	227	14,9	306	11,8
Napoli	1.673	18,0	1.484	10,1	1.159	14,3	1.805	12,1
Avellino	282	13,1	196	6,7	282	12,7	437	11,6
Salerno	719	15,0	501	7,5	552	12,2	685	9,9
Campania	3.348	16,1	2.698	8,8	2.597	13,9	3.828	11,7
Italia	38.102	13,6	34.476	6,9	26.388	9,7	38.941	7,6

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - HFA

Nell'ambito delle malattie cardiovascolari un punto critico è rappresentato dallo scompenso cardiaco che rappresenta una patologia ad alta incidenza sociale, notevolmente debilitante, a morbilità elevata, che condiziona in modo significativo la qualità della vita.

L'incidenza annuale di detta patologia è approssimativamente intorno a 300 nuovi casi ogni 10.000 persone, con una prevalenza stimata nella popolazione generale dell'1-2%, e con un notevole incremento se si considerano le fasce più anziane (>65 a.), divenendo di fatto una patologia molto comune.

Va evidenziato che l'80% dei ricoveri ospedalieri per scompenso cardiaco è dovuto a soggetti di età >65 a.

Le cause di tale crescita della malattia sono, senz'altro, da ricercarsi nell'allungarsi della vita media e nelle sempre nuove terapie che migliorano la sopravvivenza dei paziente affetti da patologie cardiovascolari croniche ed acute (procedure di rivascolarizzazione nella cardiopatia ischemica). Tutto ciò ha determinato che, allo stato, lo scompenso cardiaco è una patologia che assorbe molte risorse.

I fattori di rischio cardio e cerebrovascolare, unanimemente riconosciuti sono l'abitudine al fumo di tabacco, la ridotta attività fisica, le abitudini alimentari che favoriscono l'eccesso ponderale, elevati livelli di colesterolemia, elevati livelli di pressione arteriosa.

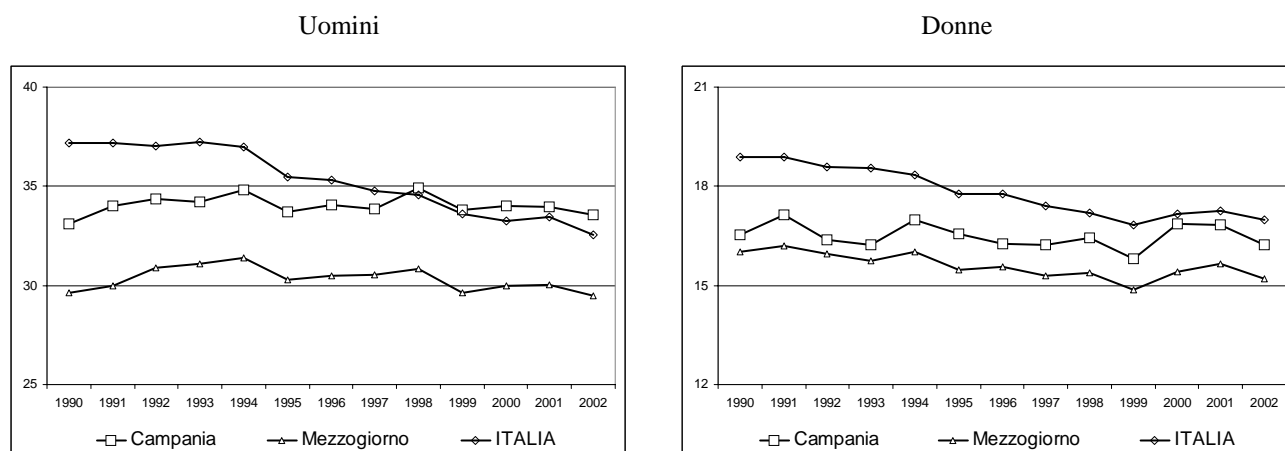
Le informazioni disponibili sono ancora insufficienti per descrivere, nella popolazione campana, l'entità dell'esposizione al rischio per tutti i fattori riconosciuti; è possibile, però, riportare alcune osservazioni che si presentano interessanti per definire il campo delle priorità. In gran parte delle aree campane, si osserva una larga diffusione dell'abitudine al fumo di sigaretta. Un'abitudine che, per effetto della dimensione della sua prevalenza e di quella delle due più frequenti malattie cardiovascolari, è caratterizzata da un elevato rischio, che certamente esercita la sua influenza sulla morbosità e mortalità cardiovascolare. In Campania la percentuale di fumatori con più di 15 anni è del 26%, valore tra i più elevati tra le regioni italiane. La prevalenza di fumatori è più alta tra gli uomini (36% contro il 31% dell'Italia) che tra le donne (17% come in Italia)

4.2 Tumori

Nell'anno 2002 i decessi per tumore in Campania sono stati 12.494 (7.507 negli uomini e 4.987 nelle donne), rappresentando il 27% delle morti totali. I tassi standardizzati di mortalità si attestano intorno al 168 per 100.000 abitanti negli uomini ed all'86 per 100.000 abitanti nelle donne. Il tasso maschile è più alto della media italiana, che è pari a 160 decessi per 100.000 abitanti, le donne, invece, mostrano valori leggermente più bassi rispetto alla media italiana, che si aggira intorno agli 88 decessi.

Se si guarda all'andamento dei tassi standardizzati negli anni che vanno dal 1990 al 2002, si nota che all'inizio degli anni 90' la mortalità per malattie neoplastiche in Campania mostrava, se confrontata con quella nazionale, una situazione di vantaggio, che si è persa completamente dal 1998 per gli uomini (fino ad invertirsi nel biennio successivo) e dal 2000 per le donne. In tutto il periodo, inoltre, la mortalità per tumore si è mantenuta per entrambi i sessi su valori più elevati rispetto a quelli del mezzogiorno.

Andamento della mortalità per tumore in Campania, Mezzogiorno e Italia nel periodo 1990- 2001 per sesso. Tassi standardizzati per 1.000 abitanti



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - HFA

Analizzando in dettaglio i singoli tumori, si osserva il protrarsi degli effetti da esposizioni ambientali, professionali e legati agli stili di vita, con una mortalità più elevata negli uomini rispetto alla media italiana per tumori del polmone, della laringe, della vescica; di grande rilievo è anche il dato di mortalità per tumore del fegato (sia per gli uomini che per le donne) e per tumore dell'utero, che indicano la necessità di studiarne con maggiore attenzione le cause, le misure di prevenzione (condizioni igieniche, diagnosi precoce, ecc.) e di cura.

Se si guarda alla graduatoria delle frequenze dei principali tumori in Campania e alle rispettive frequenze negli anni 1998-2001, si osserva come negli uomini il 54% della mortalità per tutti i tumori è da attribuire a 4 neoplasie (polmone, fegato, prostata e stomaco), con il 31% del solo tumore del polmone; nelle donne il 51% della mortalità per tutti i tumori è da attribuire a 6 neoplasie (mammella, fegato, polmone, colon, stomaco e utero). Tra queste il 22% (mammella e utero), sono suscettibili di diagnosi precoce e prevenzione secondaria attraverso campagne di screening oncologico, la cui esecuzione eviterebbe tra il 30 e il 50% di morti l'anno nella fascia d'età 50-69 anni per il tumore della mammella e circa l'80% nella fascia d'età 25-64 anni per il tumore dell'utero, purché siano garantite adeguate coperture. Attualmente sono in fase di sperimentazione studi di fattibilità per l'attivazione di programmi di screening del colon-retto, tumore che rappresenta il 10% della mortalità tumorale nelle donne e il 7,4% negli uomini.

Graduatoria delle frequenze e percentuale rispetto al totale per i principali tumori in Campania negli anni 1998-2001

Uomini				Donne		
Perc. cum.	Perc. su Tumori	CAUSE DI MORTE	ORDINE	CAUSE DI MORTE	Perc. su Tumori	Perc. cum.
31,0	31,0	Trachea, bronchi, polmoni	1	Mammella della donna	16,5	16,5
40,7	9,6	Fegato	2	Fegato	8,4	24,9
47,7	7,0	Prostata	3	Trachea, bronchi, polmoni	8,2	33,1
53,7	6,0	Stomaco	4	Colon	7,1	40,1
59,7	5,9	Vescica	5	Stomaco	5,7	45,8
64,7	5,0	Colon	6	Utero	5,1	50,9

68,0	3,3	Leucemie	7	Pancreas	4,4	55,4
71,1	3,1	Pancreas	8	Leucemie	4,1	59,4
73,7	2,6	Linfomi non Hodgkin	9	Ovaio	3,9	63,3
76,1	2,4	Retto, giunzione rettosigmoidea e ano	10	Linfomi non Hodgkin	3,3	66,6
78,5	2,4	Laringe	11	Canale intestinale parte non specificata	3,0	69,6
80,7	2,2	Tumori maligni senza indicazione di sede	12	Retto, giunzione rettosigmoidea e ano	2,9	72,5
82,8	2,1	Canale intestinale parte non specificata	13	Tumori maligni senza indicazione di sede	2,8	75,3
84,6	1,8	Rene	14	Encefalo	2,2	77,5
86,3	1,7	Encefalo	15	Mieloma	1,8	79,3
88,0	1,7	Labbra, cavo orale, faringe	16	Vescica	1,6	80,8
89,2	1,2	Mieloma	17	Rene	1,2	82,1
90,2	1,0	Esofago	18	Ossa e connettivo	1,0	83,1

Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT

Se si guarda alla distribuzione di tali decessi all'interno della regione, si nota una considerevole disomogeneità territoriale, con tassi più alti, per entrambi i sessi, nelle province di Napoli (con 293 decessi per 100.000 abitanti negli uomini e 143 nelle donne) e Caserta (273 per 100.000 per gli uomini e 133 per le donne).

Mortalità per tumore negli anni 1998-2001 nelle Province della Campania

PROVINCIA	Uomini			Donne		
	Numero medio annuale	Tasso grezzo (100.000)	TSD (100.000)	Numero medio annuale	Tasso grezzo (100.000)	TSD (100.000)
AVELLINO	590	273,2	211,6	355	158,0	99,5
BENEVENTO	418	291,8	215,8	276	182,8	107,7
CASERTA	1.046	248,9	273,0	674	155,0	132,6
NAPOLI	3.747	248,6	293,6	2.573	161,3	143,1
SALERNO	1.372	257,0	229,4	925	166,7	119,5
TOTALE REGIONALE	7.173	254,3	262,6	4.803	162,2	130,7

Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT

4.3 Diabete mellito

La mortalità per Diabete mellito si discosta notevolmente dalle medie nazionali raggiungendo valori pari al 62% per gli uomini e al 91% per le donne. Ciò rende il diabete un problema di salute prioritario per la Regione.

I dati desunti dall'indagine ISTAT Multiscopo (1999-2000) confermano che la prevalenza di malattia diabetica in Campania è superiore a quella nazionale: se si fa riferimento ai tassi standardizzati per età, la percentuale di persone che dichiara di essere affetto da diabete è il 4,2% per gli uomini, contro il 3,5% dell'Italia, e il 4,5% per le donne, contro il 3,3%.

Nella tabella seguente, sono riportati i tassi di mortalità standardizzati per età per Diabete aggiornati al 2001 delle cinque province campane, della regione e dell'Italia. In tutte le province si osservano tassi più alti rispetto all'Italia. Napoli e Caserta sono le province con i tassi di mortalità più alti.

Numero di decessi e tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti, per sesso, anno 2001

Aree	Maschi		Femmine	
	Num	tst	Num	tst
Caserta	120	4,0	225	4,8
Benevento	46	2,8	66	3,1
Napoli	438	4,4	720	4,8
Avellino	63	3,1	106	3,2
Salerno	167	3,8	266	3,8
Campania	834	3,9	1.383	4,3
Italia	6.897	2,5	10.936	2,4

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - HFA

Il trend di mortalità per diabete negli ultimi 10 anni è in diminuzione con un decremento del 33% per le donne (superiore al valore nazionale), mentre per gli uomini tale decremento risulta più contenuto (8%)

4.4 Cirrosi Epatica

Anche la mortalità per cirrosi epatica presenta tassi di mortalità molto più elevati rispetto all'Italia, + 67% tra gli uomini e + 107% tra le donne. Nell'ultimo decennio la mortalità per questa causa di morte si è ridotta del 31% in Italia e del 24% in Campania

Nella tabella successiva vengono riportati i dati di mortalità per questa malattia registrati in Italia, in Campania e nelle Province della Regione nell'anno 2001. Anche per questa causa di morte le province di Napoli e Caserta presentano i tassi più elevati.

Numero di decessi e tassi di mortalità standardizzati per 100.000 abitanti, per sesso, anno 2001

Aree	Maschi		Femmine	
	Num	tst	Num	tst
Caserta	117	4,1	117	2,5
Benevento	44	3,4	20	1,3
Napoli	487	4,4	485	3,2
Avellino	73	3,2	36	1,6
Salerno	137	3,0	117	1,8
Campania	858	3,9	775	2,5
Italia	6.718	2,3	4.550	1,2

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT - HFA

Anche i ricoveri per la cirrosi epatica e le altre malattie croniche del fegato risultano molto più elevati in Campania; nel 2003 si è osservato un tasso di dimissione standardizzato per età pari al 33,9 per 100.000 abitanti contro il 19,2 dell'Italia.

I fattori di rischio più significativi per lo sviluppo della cirrosi epatica sono rappresentati dalla persistenza di infezioni da virus dell'epatite B, Delta e C che vanno incontro a cronicizzazione e dal consumo di bevande alcoliche. E' possibile ipotizzare che la causa del decremento di mortalità

osservata in Italia sia attribuibile ad una riduzione della circolazione dei virus dell'epatite confermato dalla riduzione di frequenza dei nuovi casi di infezione notificati. L'introduzione della vaccinazione di massa contro l'epatite B, in futuro, contribuirà ulteriormente a ridurre l'incidenza di questa infezione. Inoltre, alcune rilevazioni sembrano suggerire che negli ultimi 10 anni si sia ridotto, nel nostro Paese, il consumo di bevande alcoliche. L'attuale eccesso di mortalità in Campania potrebbe essere attribuito, invece, ad una maggiore circolazione dei virus epatitici ed in particolare del virus C la cui prevalenza nella popolazione risulta ancora largamente sconosciuta.

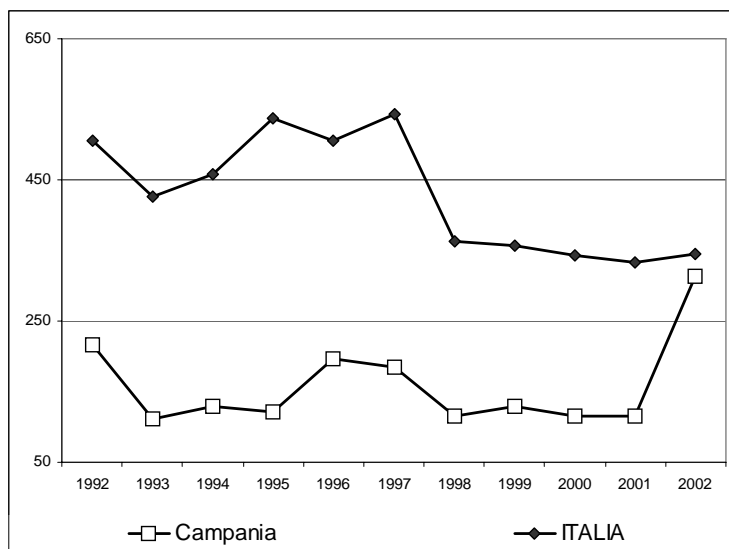
4.5 Malattie infettive

Le malattie infettive e diffuse continuano a rappresentare un rilevante problema di sanità pubblica, nonostante la disponibilità, per molte di esse, di efficaci interventi preventivi e terapeutici.

Molte di esse vengono notificate ai Servizi di Igiene pubblica da parte degli ospedali e dei medici di base per permetterne il monitoraggio a fini epidemiologici e preventivi, secondo le disposizioni del D.M.S. del 15.12.90. L'archivio delle notifiche è così una fonte informativa abbastanza affidabile, che permette di valutare l'andamento negli anni della patologie infettive e di stimarne l'incidenza annuale, pur con i limiti derivanti dal fenomeno della sottotifica (il cui peso è variabile a seconda della malattia, in rapporto inverso alla frequenza di ospedalizzazione della stessa).

Il trend del tasso complessivo di notifiche di malattie infettive standardizzato per età evidenzia come i valori della Campania siano più bassi di quelli nazionali. Il valore del 2002 risente dell'epidemia di morbillo che ha interessato la regione.

Andamento del tasso standardizzato di notifiche di malattie infettive, 1992-2002, Campania e Italia



Fonte: Elaborazioni OER Campania su dati ISTAT - HFA

Per quanto riguarda le possibilità di prevenzione è opportuno suddividere le malattie infettive in sei grosse categorie:

- Le malattie a trasmissione orofecale e/o alimentare. Per l'Epatite A, il Sistema di Sorveglianza nazionale (SEIEVA) ha messo in evidenza che il fattore di rischio più importante nella trasmissione della malattia, specialmente nelle regioni meridionali, è il consumo di frutti di mare crudi e che la fascia di età attualmente più interessata al fenomeno è quella compresa tra 15 e 24 anni. Negli ultimi 10 anni, si osservano in Campania tassi di incidenza superiori alla media

nazionale; nel 2002 si registra un tasso di notifica standardizzato per età pari a 11,6 per 100.000 abitanti a fronte del dato nazionale di 3,3 in Italia. Anche la Brucellosi in Campania presenta tassi costantemente più elevati di quelli italiani, con un picco nel 1996 dovuto ad alcuni focolai epidemici registrati in Campania (riferibili a consumo di latticini contaminati), e con un tasso di incidenza nel 2002 pari a 2,6 rispetto al dato nazionale di 1,4.

- Le malattie a trasmissione parenterale e l'HIV. Il tasso relativo all'AIDS si mantiene inferiore al valore nazionale: nel 1996 era pari a 3,2 per 100.000 abitanti contro un valore nazionale pari all'8,2; nel 2003 è sceso a 0,8 contro il 2,6 dell'Italia. L'andamento dei trends temporali di incidenza, sia campani che nazionali, dal 1982 ad oggi, mostra un incremento costante fino al 1995 seguito da una repentina riduzione: tale riduzione, difficilmente spiegabile con una riduzione delle nuove infezioni da HIV, è attribuibile alla diffusione dell'utilizzo delle terapie antiretrovirali che comportando un allungamento della fase asintomatica di sieropositività, diluendo nel tempo la diagnosi di AIDS conclamata. Nel tempo anche l'importanza dei diversi fattori di rischio si è andata modificando: fermo restando l'importante ruolo della tossicodipendenza e.v., associata o meno alla omosessualità, è andato via via prendendo maggiore consistenza quale fattore di rischio il comportamento dei contatti eterosessuali, il che rende la malattia più difficilmente delimitabile a particolari gruppi a rischio. Come conseguenza di ciò si osserva un ritardo della prima diagnosi di sieropositività, il che porterebbe ad un ritardo nell'accesso alle terapie. Per quanto riguarda le altre malattie a trasmissione parenterale, c'è da evidenziare la situazione della Epatite virale di tipo B e C. Entrambe presentano andamenti temporali decrescenti ed in linea sostanzialmente con i valori nazionali, per la prima attribuibili all'effetto della pratica vaccinale. Va comunque segnalato che esistono evidenze che la prevalenza di infezione da epatite C in Campania sia largamente diffusa in particolare in alcuni gruppi a rischio, primo tra tutti la popolazione dei tossicodipendenti .
- Le malattie prevenibili tramite vaccini. L'andamento delle notifiche di Morbillo, Pertosse, Parotite e Rosolia, essendo queste malattie scarsamente ospedalizzate, risente in maniera rilevante del fenomeno della sottonotifica, per cui, mentre sono poco affidabili i valori assoluti dei tassi di incidenza, è indicativo valutare i trend negli anni, che confermano la periodicità epidemica di tali malattie. La Campania nel 2002 è stata interessata da una grave epidemia di morbillo con circa 11.500 casi notificati., concentrati nelle province di Napoli e Caserta
- La tubercolosi. Le attuali condizioni sociali e la diffusione dell'infezione da HIV favoriscono il riemergere di malattie che sembravano debellate, prima tra tutte la Tubercolosi. Questa costituisce un rilevante problema di sanità pubblica in considerazione della relativa contagiosità, della difficoltà di applicare efficaci misure di prevenzione e della sempre maggiore circolazione di ceppi farmacoresistenti. I dati delle notifiche documentano un trend campano stazionario e al di sotto della media nazionale (nel 2002 un tasso di notifica pari al 3,7 contro il 4,9 dell'Italia). In ogni caso il problema sembra concentrato in particolari gruppi a rischio come gli immigrati extracomunitari, ma anche la popolazione campana ne è interessata, aumentando l'incidenza con l'età e con le cattive condizioni sociali.
- Le infezioni nosocomiali - Le infezioni ospedaliere costituiscono un problema molto rilevante di sanità pubblica sia perché rappresentano la complicità più frequente in assoluto dei pazienti ricoverati, sia perché in una significativa proporzione evolvono verso disabilità permanente o morte, sia infine perché comportano in ogni caso un aumento dei costi ospedalieri. La grande rilevanza del problema è dovuta al fatto che esse sono, almeno in parte, prevenibili, e rappresentano, per questo motivo, un indicatore della qualità dell'assistenza. Non esiste attualmente un sistema di sorveglianza nazionale sul fenomeno, ma dai numerosi studi effettuati in Italia, si evidenzia che la quota di infezioni ospedaliere prevenibili è ancora inaccettabilmente

elevata. In particolare diversi studi di prevalenza effettuati negli ultimi 15 anni in Italia documentano un valore compreso tra il 5 e il 10% (negli ospedali italiani 5 - 10 degenti su 100 vanno incontro ad una complicanza infettiva derivante dal ricovero ospedaliero), con notevoli differenze tra le varie localizzazioni considerate, e con valori più elevati per le infezioni del tratto urinario, le ferite chirurgiche, l'apparato respiratorio, le infezioni sistemiche.

4.6 I determinanti di salute

Lo stato di salute di una popolazione è descritto facendo ricorso, di norma, a diversi indicatori: alcuni, come la mortalità o lo studio dei ricoveri (Schede di dimissione ospedaliera – SDO) rappresentano indicatori “classici”, il cui uso risulta ormai consolidato: entrambi focalizzano l’analisi sugli “esiti” di un ideale percorso che va dallo stato di salute a quello di malattia.

Gli esiti, tuttavia, dipendono da molti fattori che comprendono tra l’altro, l’ambiente, la predisposizione genetica, i comportamenti e gli stili di vita: questi fattori, talvolta definiti come “determinanti di salute”, influenzano il rischio di sviluppare malattie o disabilità.

In particolare la conoscenza dello stile di vita di una popolazione, unico tra i fattori precedentemente descritti suscettibile di interventi in grado di modificare la quota dei comportamenti definiti “a rischio”, assume un ruolo nevralgico nella programmazione di azioni finalizzate alla promozione o prevenzione della salute.

In Italia vi sono poche esperienze di sistemi di rilevazione che “misurano” lo stato di salute di una popolazione inteso come valutazione degli stili di vita. Lo studio di riferimento per tali aspetti è rappresentato dall’indagine campionaria ISTAT “Multiscopo” che produce stime con livello di dettaglio nazionale, regionale e provinciale, a cadenza quinquennale.

Il dettaglio e la frequenza di tali indicatori risultano però poco funzionali a misurare in una specifica realtà locale (come il territorio di una singola Azienda Sanitaria quando non corrisponde all’intera provincia) la diffusione di alcuni comportamenti e stili di vita “a rischio” ed il loro cambiamento nel tempo, anche in rapporto ad eventuali interventi tesi a modificarne l’andamento.

Cosciente dell’importanza che riveste la conoscenza dei fattori comportamentali sugli esiti di salute della propria popolazione, la Regione Campania, capofila insieme all’Emilia Romagna, ha promosso, adottato e condotto una rilevazione sperimentale, iniziata nel 2005, per indagare la diffusione di alcuni tra i più diffusi comportamenti a rischio della popolazione adulta residente nonché del ricorso di quest’ultima ad alcuni interventi di prevenzione di provata efficacia (es. screening, vaccinazioni, etc.). L’indagine, che ha visto la partecipazione contemporanea di 123 ASL di tutto il territorio nazionale, coordinate dall’Istituto Superiore di Sanità e dall’Osservatorio Epidemiologico Regionale per la realtà campana, si inquadra nello studio PASSI (Progressi nelle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia, 2005), uno studio trasversale di prevalenza il cui obiettivo è quello appunto di valutare alcuni aspetti comportamentali o di ricorso a pratiche di prevenzione della popolazione adulta. Tutte le Aziende Sanitarie della regione Campania sono state coinvolte nella rilevazione.

La raccolta dei dati, per rispettivo ambito territoriale, è stata realizzata dai Servizi di Epidemiologia e Prevenzione delle singole ASL che, per mandato ed esperienza sul campo, hanno sviluppato, nel tempo, il necessario “know-how” per garantire l’affidabilità delle rilevazioni.

L’indagine, oltre che per la rilevazione degli aspetti precedentemente richiamati, è stata l’occasione per sperimentare un metodo partecipato di analisi dei bisogni di salute della popolazione. I dati su cui sono state effettuate le elaborazioni, sono, infatti, frutto di interviste telefoniche ad un campione rappresentativo della popolazione adulta residente di età compresa tra i 18 ed i 69 anni (2518 intervistati): l’adesione è risultata molto alta ed ha permesso di verificare un buon livello di collaborazione con i medici di medicina generale ed i cittadini.

Oltre ad una descrizione delle caratteristiche socio-demografiche le aree indagate hanno permesso di valutare la diffusione di determinati stili di vita (attività fisica, abitudine al fumo, alimentazione, assunzione di alcol, rischio cardiovascolare, sicurezza stradale) nonché l’adesione ad interventi di

prevenzione primaria o secondaria (vaccinazioni, screening) che incidono significativamente sullo stato di salute della popolazione residente in Campania.

Per alcune delle aree indagate sono emerse differenze significative tra la realtà campana ed il resto delle ASL partecipanti allo studio (supportate, peraltro, dall'incrocio con altre fonti dati come il Registro regionale di Mortalità, le rilevazioni sugli screening GISCI e GISMA, le rilevazioni routinarie del Ministero della Salute, l'indagine Multiscopo ISTAT); tali ambiti individuano aree verso cui è possibile orientare la scelta di interventi di sanità pubblica finalizzati a ridurre la prevalenza dei comportamenti "a rischio" maggiormente diffusi.

I dati riportati di seguito rappresentano una sintesi dell'intero rapporto regionale pubblicato sul sito dedicato dell'Istituto Superiore di Sanità www.epicentro.iss.it/passi/risultati.asp e dove è attualmente possibile consultare i rapporti ultimati da diverse Aziende Sanitarie Regionali.

Globalmente il campione rappresentativo della popolazione campana è risultato costituito dal 51% da donne; il 53% ha un livello d'istruzione superiore e un quota identica (53%) ha un lavoro regolare.

Il 28% degli intervistati si dichiara fumatore (contro il 26,5 % del resto d'Italia) e questo valore sale particolarmente tra gli uomini (34,3%).

Rispetto alle abitudini alimentari soltanto l'11% dichiara di consumare frutta e verdura in quantità ottimali, fatto che, associato alla notevole quota di persone completamente sedentarie (ben il 40% della popolazione), giustifica la diversa situazione nutrizionale della popolazione campana rispetto a quella delle altre ASL partecipanti allo studio: complessivamente il 50% della popolazione è risultata in eccesso di peso (38% in sovrappeso; 12% obeso) contro il 44% delle "altre ASL"; l'eccesso è particolarmente evidente tra gli uomini (59%) e tra i "grandi adulti" (50-69 anni) dove raggiunge il 67%.

Relativamente ad alcune condizioni, che rappresentano anch'esse fattori di rischio per patologie cardiovascolari, lo studio evidenzia che è iperteso un quinto (20%) dei residenti in Campania tra i 18 e 69 anni, ma tale valore potrebbe essere una sottostima visto che al 18% della popolazione indagata non è mai stata misurata, comunque, la pressione arteriosa. La condizione di iperteso aumenta con l'età (41% per la fascia d'età 50-69 anni) ed è più diffusa tra gli individui con basso livello d'istruzione (27%).

Meno di un quinto della popolazione (15%), inoltre, dichiara di avere valori elevati di colesterolo (il 27% di questi dichiara di essere sotto trattamento farmacologico) ma anche in questo caso la stima potrebbe essere inferiore al valore reale della popolazione dato che il 20% dichiara che non gli è mai stato misurato il colesterolo.

Sul versante degli interventi preventivi di provata efficacia ancora poco diffuso risulta il ricorso alle pratiche di prevenzione secondaria (screening) dove soltanto una donna su tre (30%), tra i 50 ed i 69 anni, esegue la mammografia ed una donna su due (49%), tra i 25 ed i 64 anni, esegue il pap test, secondo le frequenze consigliate (1 mammografia ogni due anni ed 1 pap test ogni tre anni).

Ancor meno diffuso, inoltre, come per il resto d'Italia, il ricorso a test di screening per il tumore del colon-retto: solo 1 cittadino su 10 (10%), tra i 50 ed i 69 anni, dichiara di essersi sottoposto agli esami di diagnosi precoce (ricerca del sangue occulto o sigmoidoscopia, una volta ogni due anni).

Rispetto, invece, agli interventi di immunizzazione attiva (vaccinazioni) il 35%, in media, delle persone tra i 18 e i 65 anni con almeno una condizione a rischio per complicanze (diabete, tumore, malattie cardiovascolari) si è vaccinata, nel 2004, per l'influenza: il valore risulta più elevato rispetto al resto delle ASL in studio (28%) evidenziando, pur tuttavia, un gap importante rispetto al valore desiderabile per tale gruppo di popolazione (100%).

Scarsamente soddisfacente, infine, è risultata l'attenzione all'utilizzo dei sistemi di sicurezza per la prevenzione dei danni da incidenti stradali, sia per quanto riguarda l'uso delle cinture di sicurezza (il 76% delle persone intervistate dichiara l'uso continuo della cintura anteriore mentre la cintura sui sedili posteriori viene utilizzata, costantemente, solo dal 10% degli intervistati) ma soprattutto riguardo l'uso del casco: dichiara di usare il casco, regolarmente, il 20% delle persone in meno rispetto alla media delle altre ASL in studio (71% contro l'88%) e questi dati sono direttamente relazionabili

con l'elevato tasso di mortalità da incidenti della strada registrato in Campania negli ultimi anni, tra i più alti in Italia (V. rapporto sull'incidentalità in Italia, ACI-ISTAT, anno 2004).

In sintesi dalle risultanze dello studio PASSI la popolazione campana adulta mostra una attenzione alla "prevenzione" chiaramente inferiore a quella degli abitanti del resto delle ASL indagate, mentre risultano particolarmente diffusi alcuni comportamenti riconosciutamente "a rischio" per l'insorgenza di malattie cardiovascolari e tumorali.

L'importanza strategica di disporre di uno strumento di rilevazione dei determinanti di salute capace di rispondere alla domanda "quanto sono diffusi i principali comportamenti potenzialmente dannosi e come si modificano nel tempo?" è stata sancita dalla scelta della regione Campania di inserire lo studio descritto (Studio Passi) quale indagine di riferimento, da ripetersi nel prossimo futuro, per la valutazione dei diversi obiettivi del Piano di Prevenzione Attiva 2005-2007, approvato con D.G.R.C. n. 1133 del 20.08.2005.

TABELLA RIASSUNTIVA DEI RISULTATI PRINCIPALI DELLO STUDIO PASSI - REGIONE CAMPANIA – ANNO 2005

*In grassetto valori in eccesso o in difetto statisticamente significativo rispetto al resto delle ASL partecipanti allo studio

Descrizione del campione regionale	Stima CAMPANIA*	ASL partecipanti allo studio
età media	41 anni	43,9 anni
donne, %	51	51,6
livello di istruzione alto, %	53	51,6
lavoro regolare %	53	62,5
Attività fisica		
adesione linee guida o lavoro pesante dal punto di vista fisico	30,3	18,5
popolazione completamente sedentaria	40,3	23,3
Abitudine al fumo		
Fumatori	28	26,5
Uomini	34,3	31,5
Donne	22,1	21,7
Abitudini alimentari		
5 porzioni di frutta e verdura al giorno	10,6	13,3
Consumo di alcol		
bevuto ≥1 unità di bevanda alcolica nell'ultimo mese	46,8	63,8
Sicurezza stradale		
cintura anteriore sempre	76,2	83,0
cintura posteriore sempre	10,5	19,7
casco sempre [#]	71,1	88,1
guida in stato di ebbrezza ^{##}	6,8	10,6
Vaccinazione antinfluenzale		
vaccinati 18-69 anni	18	15,3
vaccinati <65 con almeno una patologia	35,2	27,9
Vaccinazione antirosolia (donne 18 - 45 anni)		
vaccinate	16,6	30,6
hanno eseguito rubeotest*	21	40,6
Immune**	38,4	52,6
Iperensione		
misurazione P.A. negli ultimi 2 anni	76,5	81,4
Ipertesi*	20	22,6
Colesterolemia		
misurazione colesterolo almeno una volta	77	79,3
Ipercolesterolemici [^]	15	24,7
Situazione nutrizionale		
popolazione con eccesso ponderale	50,2	43,6
Sovrappeso	38	32,5
Obeso	12,3	10,8
Screening neoplasia del collo dell'utero[^] (donne 25 - 64 anni)		
ultimo pap test eseguito da non più di tre anni	49,2	69,7
Screening neoplasia della mammella (donne 50 - 69 anni) ^{◇,◇◇}		
ultima mammografia eseguita da non più di due anni	30,1	56,7
Screening tumore del colon retto (50 - 69 anni)[#]		
eseguito negli ultimi due anni	5,9	8,3

5. Il contesto organizzativo e gestionale del SSR

1 – Le risorse umane

Gli oneri relativi all'ultimo rinnovo (2002-2005) del contratto nazionale di lavoro del comparto sanitario e della dirigenza sanitaria, professionale, tecnico-amministrativa e medico-veterinaria ha determinato effetti che appaiono difficilmente governabili dalla Regione (che non possiede leve idonee a programmarne l'evoluzione se non per la parte relativa alla contrattazione decentrata) e che quest'ultima subisce, sostanzialmente, gli effetti della disciplina del rapporto di lavoro decisa a livello nazionale.

Sotto il profilo dinamico della spesa regionale, il costo del personale sanitario campano, esposto in dettaglio nella successiva tabella che pone a raffronto il triennio 2003/2005 e le relative percentuali di variazione degli oneri sostenuti per assicurare il finanziamento della forza lavoro impiegata presso le aziende del SSR (**Tab. 5.1.1**), evidenzia una crescita complessiva, al netto degli arretrati, del 14,57% rispetto al 2003 (pari a 398 Meuro). La disaggregazione dei costi del personale consente, tuttavia, di chiarire che ad incidere sull'incremento della spesa oltre l'accresciuto onere retributivo fisso del personale a tempo indeterminato (+ 13,82% al netto degli arretrati) pesano in misura maggiore *i compensi accessori disposti a livello decentrato (+14,30% al netto degli arretrati)*. Nell'**allegato 3** sono evidenziate per l'anno 2005 le retribuzioni accessorie medie per ciascuna azienda e per ciascuna categoria con il relativo piano di possibile riallineamento alla media regionale.

Tab.5.1.1

Monitoraggio Regione Campania						
		2003	2004	Variaz. 04-03	2005	Variaz. 05/04
Unità personale	personale Dirigente	12.681	13.094	3,26%	13.423	2,51%
	pers. non dirigente	42.243	42.811	1,34%	42.900	0,21%
	personale contrattista	114	112	-1,75%	87	-22,32%
	TOTALE	55.038	56.017	1,78%	56.410	0,70%
		2003	2004	0,05%	2005	0,05%
Mensilità (annue)	personale Dirigente	12.127	12.631	4,16%	13.309	5,36%
	pers. non dirigente	42.343	42.645	0,71%	42.789	0,34%
	personale contrattista	116	154	32,76%	88	-42,86%
	TOTALE	54.586	55.430	1,55%	56.186	1,36%
retribuzioni personale a tempo indeterminato	personale Dirigente	435.702.942,00	462.119.876,00	6,06%	565.391.191,00	22,35%
	di cui arretrati anni precedenti	4.381.272,00	11.484.387,00		24.675.814,00	
	personale Dirigente al netto arretrati anni precedenti	431.321.670,00	450.635.489,00	4,48%	540.715.377,00	19,99%
	personale non dirigente	881.463.755,00	981.745.447,00	11,38%	951.040.667,00	-3,13%
	di cui arretrati anni precedenti	10.179.440,00	52.759.043,00		7.843.037,00	
	totale personale non Dirigente al netto arretrati	871.284.315,00	928.986.404,00	6,62%	943.197.630,00	1,53%
	personale contrattista	2.424.140,00	2.518.407,00	3,89%	1.565.994,00	-37,82%
	di cui arretrati anni precedenti	77.094,00	155.701,00		92.558,00	
	totale personale contrattista al netto arretrati	2.347.046,00	2.362.706,00	0,67%	1.473.436,00	-37,64%
	Totale	1.319.590.837,00	1.446.383.730,00	9,61%	1.517.997.852,00	4,95%
Totale al netto degli arretrati	1.304.953.031,00	1.381.984.599,00	5,90%	1.485.386.443,00	7,48%	
compensi accessori ed indennità varie	personale Dirigente, non dirigente e contrattista	669.677.676,00	706.654.918,00	5,52%	782.004.774,00	10,66%
	di cui arretrati anni precedenti	45.334.452,00	46.990.591,00		68.365.335,00	
	di cui straordinario	75.408.191,00	78.734.334,00	4,41%	86.650.418,00	10,05%
	di cui indennità di esclusività	109.312.383,00	114.580.542,00	4,82%	119.532.134,00	4,32%
	Totale al netto degli arretrati	624.343.224,00	659.664.327,00	5,66%	713.639.439,00	8,18%
spese restante personale	personale a tempo determinato	51.219.640,00	47.147.295,00	-7,95%	51.992.300,00	10,28%
	personale con contratto di formazione lavoro ed LSU	675.933,00	190.185,00	-71,86%	477.869,00	151,27%
	personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo-interinale	1.976.626,00	4.739.227,00	139,76%	5.325.804,00	12,38%
	personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa	1.494.123,00	3.121.116,00	108,89%	7.606.358,00	143,71%
	Totale	55.366.322,00	55.197.823,00	-0,30%	65.402.331,00	18,49%
Altre voci di spesa	contributi	513.660.491,00	580.079.856,00	12,93%	610.459.322,00	5,24%
	IRAP	166.512.072,00	192.106.786,00	15,37%	194.843.287,00	1,42%
	equo indennizzo	1.116.165,00	1.262.586,00	13,12%	1.142.343,00	-9,52%
	assegni per nucleo familiare	14.828.261,00	13.361.906,00	-9,89%	12.314.464,00	-7,84%
	gestione mense e buoni pasto	49.885.409,00	53.204.187,00	6,65%	45.293.587,00	-14,87%
	Totale	746.002.398,00	840.015.321,00	12,60%	864.053.003,00	2,86%
	Totale complessivo	2.790.637.233,00	3.048.251.792,00	9,23%	3.229.457.960,00	5,94%
Totale al netto degli arretrati	2.730.664.975,00	2.936.862.070,00	7,55%	3.128.481.216,00	6,52%	

Nota: contributi ed IRAP comprendono anche valori relativi ad arretrati anni precedenti

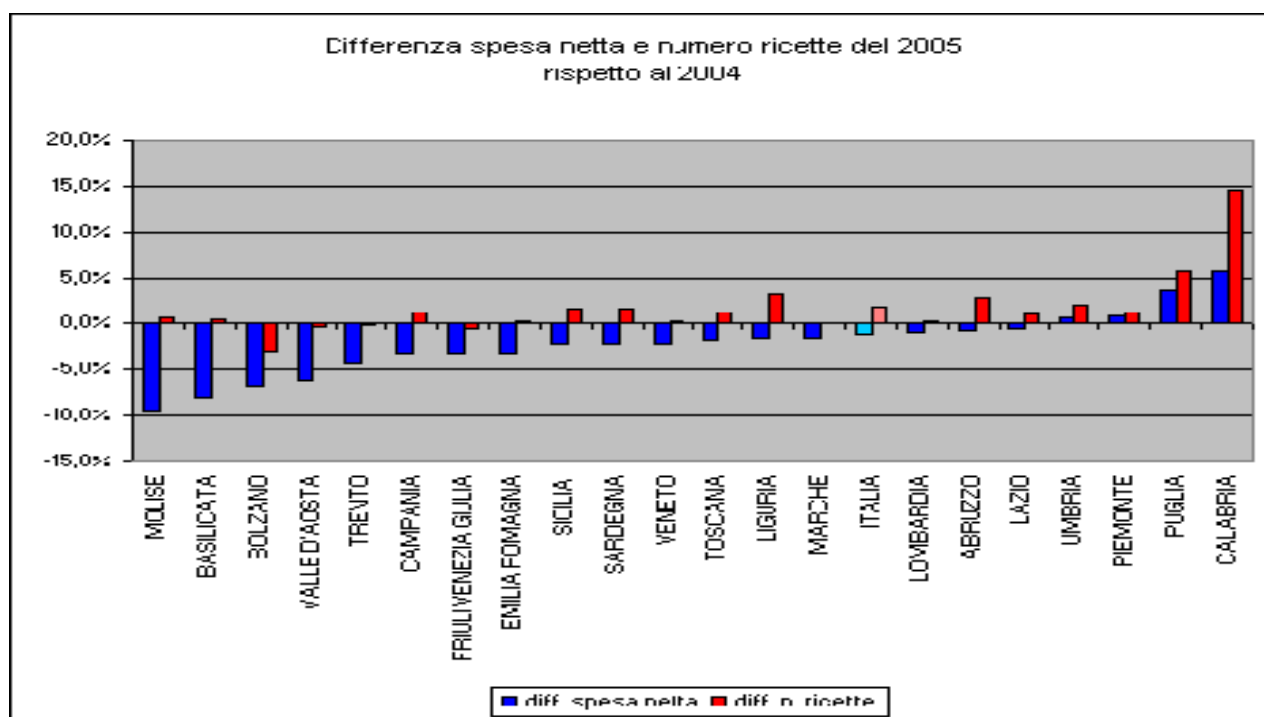
Sotto il profilo strutturale, la consistenza organica del personale, esposta nella precedente tabella mette in luce nel periodo considerato la decisa crescita dei dirigenti rispetto al restante personale

Nel complesso, la crescita del personale si attesta intorno allo 2,49% pari a 1372 unità in più tra 2003 e 2005 di cui ben 742 unità appartengono alla qualifica dirigenziale.

2 – L'assistenza farmaceutica

I provvedimenti approvati nel 2001 sul contenimento della spesa farmaceutica hanno inciso notevolmente; infatti la stessa si è ridotta del 2,6% nel 2002, del 4,5% nel 2003; c'è stato un rialzo (+ 7,3%, comunque inferiore alla media nazionale) nel 2004, dovuto all'immissione nel prontuario di nuovi farmaci molto costosi, mentre nel 2005 è continuata in modo sensibile la riduzione che è stata pari al 3,2% a fronte di una riduzione del 1,1% della media italiana.

Il calo di spesa si è verificato nonostante un contenuto incremento del numero delle ricette pari all'1,3%, comunque inferiore alla media nazionale (+1,9%); ciò fa supporre che i ripetuti interventi tesi ad incentivare la maggiore appropriatezza delle prescrizioni da parte dei medici di base e specialisti tramite protocolli condivisi, inizino a dare dei primi risultati. Il grafico e i dati che seguono, di fonte Federfarma, rendono immediatamente visibile come la Regione Campania abbia fatto, rispetto al passato, dei notevoli passi in avanti collocandosi al 6° posto in Italia tra le Regioni con maggior riduzione della spesa nel confronto 2005/2004.

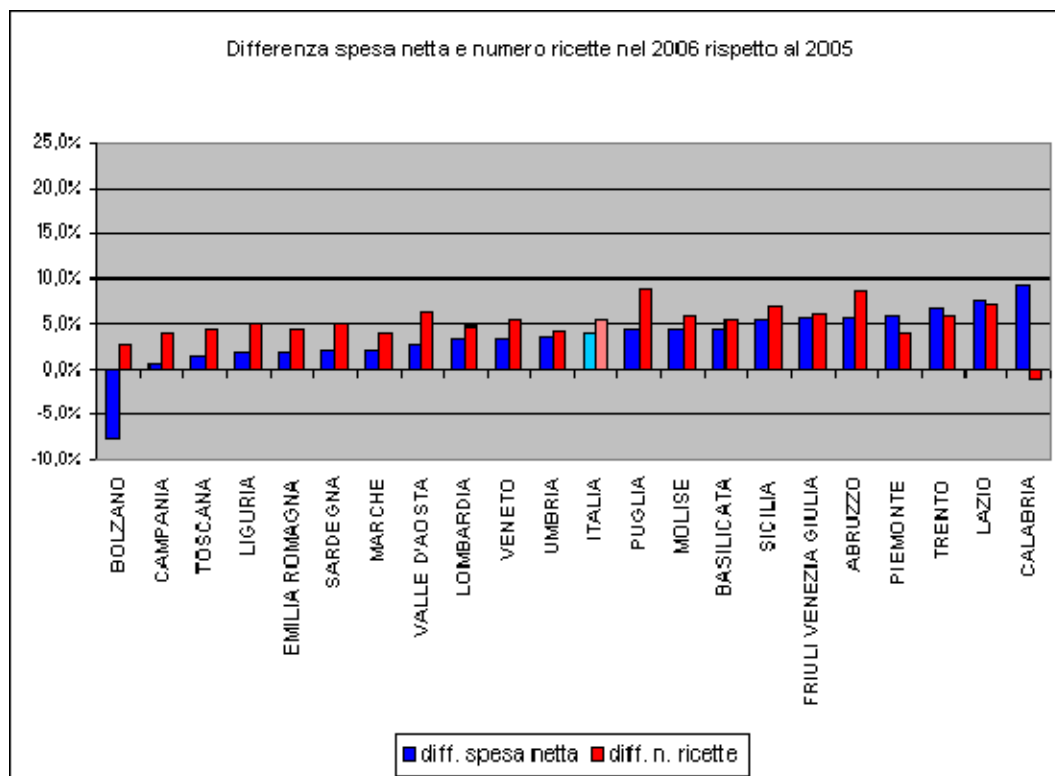


Da notare poi, come nel 2005, per la prima volta la spesa lorda pro capite, pari a € 230,16, sia inferiore a quella media nazionale (pari a €231,62), e che quella netta pro capite (ancora superiore di circa 6 €rispetto alla media nazionale) si sia comunque avvicinata alla media (**Tab. 5.2.1**) .

Tab. 5.2.1: spesa lorda e spesa netta SSN pro-capite 2005

Regione	Spesa lorda pro-capite	Spesa netta pro-capite
Bolzano	169,66	146,2
Trento	166,36	153,41
Veneto	193,31	166,34
Lombardia	207,43	175,56
Piemonte	208,86	177,12
Valle D'Aosta	191,89	177,79
Toscana	201,8	186,35
Friuli Venezia	205,17	188,06
Basilicata	206,35	190,37
Emilia Romagna	206,69	190,83
Umbria	211,6	195,5
Marche	215,12	198,47
Molise	225,54	198,87
Italia	231,62	204,66
<u>Campania</u>	<u>230,16</u>	<u>210,48</u>
Abruzzo	231,16	212,29
Puglia	257,31	220,66
Sardegna	242,91	221,88
Calabria	263,55	233,48
Liguria	260,15	235,39
Sicilia	284,56	247,65
Lazio	303,86	268,45

Il grafico che segue, pone in correlazione, Regione per Regione, l'andamento della spesa netta e del numero delle ricette nel 2006 rispetto allo stesso periodo del 2005 che dimostrano come le azioni contenimento messe in atto dalla Campania diano anno dopo anno dimostrazione di grande efficacia.



L'aumento della spesa è infatti, come si può vedere, generalizzato in tutte le Regioni, con l'eccezione di Bolzano. Ma a fronte di un aumento medio del 4%, la Campania, come si evince dal grafico precedente, risulta essere la più virtuosa con un aumento del solo 0,6% che è nettamente il più contenuto su scala nazionale.

Da notare poi, come nel 2006, per la prima volta oltre che la spesa lorda pro capite, anche quella netta pro capite (pari ad € 211,74) è scesa di € 1,21 sotto alla media nazionale (€ 212,95) (Tab. 5.2.2) .

Tab. 5.2.2: spesa lorda e spesa netta SSN pro-capite 2006

Regione	Spesa lorda pro capite	Spesa netta pro capite
BOLZANO	151,77	135,05
TRENTO	173,63	163,63
VENETO	194,09	172,14
LOMBARDIA	208,37	181,62
VALLE D'AOSTA	191,90	182,85
PIEMONTE	212,29	187,54
TOSCANA	199,47	189,16
EMILIA	204,98	194,45
FRIULI V.G.	210,62	198,44
BASILICATA	210,08	199,20
UMBRIA	213,64	202,58
MARCHE	214,09	202,87
MOLISE	228,86	208,00
CAMPANIA	225,17	211,74

ITALIA	232,17	212,95
ABRUZZO	237,07	224,06
SARDEGNA	241,00	226,74
PUGLIA	251,92	230,65
LIGURIA	257,75	239,74
CALABRIA	272,14	255,31
SICILIA	288,02	260,98
LAZIO	309,76	288,73

I dati sopra descritti e i dati di preconsuntivo IV trimestre fanno stimare la spesa complessiva del 2006 a 1.216 Meuro con un aumento sul 2005 molto contenuto di 4 Meuro (+ 0,33%).

In sostanza complessivamente dal 2001 al 2006 la spesa netta a carico del SSN è passata in Campania da 1.254 Meuro a 1.216 Meuro su base annua con una diminuzione quindi di 38 Meuro.

La differenza tra il 13% e lo sfondamento da coprire (pari al 40%) è stata pari per il 2004 a circa 100 Meuro, per il 2005 a circa 60 Meuro e per il 2006 a 31 Meuro .

In ogni caso anche con i notevoli progressi sopra indicati, la spesa farmaceutica territoriale rimane ancora al di sopra del 13% previsto dalle norme, come desumibile dalla seguente tabella che illustra l'andamento degli ultimi anni:

Anni	% spesa farmaceutica convenzionata
2004	15,86%
2005	14,82%
2006	13,97%

3 – *L'offerta di ricovero e l'assistenza ospedaliera*

Il numero delle strutture di ricovero e cura del Servizio sanitario regionale (Aziende sanitarie locali, aziende ospedaliere e strutture di ricovero equiparate pubbliche) e di quelle private (transitoriamente accreditate e non) è rimasto sostanzialmente invariato nel tempo. Le uniche variazioni di anagrafe e di attività degne di rilievo hanno riguardato, negli ultimi anni, l'apertura di due ospedali a gestione diretta (**Tab.5.3.1**).

L'offerta ricettiva nella Regione Campania diminuisce nel 2005 (complessivamente di circa 500 posti letto) tanto nelle strutture pubbliche delle aziende sanitarie che in quelle private, sicché il numero di posti letto disponibili in rapporto ai residenti diminuisce e si conferma come il più basso delle Regioni italiane (**Tab.5.3.2**). La programmazione regionale della rete ospedaliera campana prevista dal Piano ospedaliero per il triennio 2007-2009 (L.R. 24/2006), ridetermina il fabbisogno complessivo di posti letto (articolato su base provinciale in funzione del numero di residenti) secondo l'indice di 4,2 posti letto per mille abitanti (a fronte del quale l'indice attuale è pari a circa 3,7 posti letto per mille abitanti).

La ripartizione dei posti letto esistenti tra le diverse Aree di disciplina ricalca sostanzialmente la distribuzione percentuale prevista dalla citata normativa regionale. Come risulta dalla successiva tabella e grafico (**Tab. 5.3.3 e 5.3.4**), oltre i due terzi dell'offerta ricettiva regionale si concentra nelle due aree medica e chirurgica. Sottodimensionata appare, invece, l'area per la riabilitazione, il cui peso (pari al 8,9%) dovrebbe quasi raddoppiare.

Tab.5.3.1

LE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA DEL S.S.N. REGIONE CAMPANIA (ANNI 2000/2005)										
										(unità)

ANNO	ASL E AZIENDE OSPEDALIERE					STRUTTURE DI RICOVERO EQUIPARATE PUBBLICHE				
	Aziende ospedaliere	Ospedali a gestione diretta	Presidi privati quali presidi ASL	Ospedali classificati	IRCCS pubblici e privati	Policlinici universitari a gestione universitaria		Istituti psichiatrici residuali	Case di cura private accreditate	Case di cura non accreditate
2000	8	51	-	3	2	2		-	78	6
2001	8	51	-	3	2	2		-	76	7
2002	8	51	-	3	2	2		-	73	5
2003	8	51	-	3	2	2		-	72	5
2004	8	53	1	3	2	2		-	71	5
2005	8	53	1	3	2	2		-	71	5

Fonte: SIS – Ministero della Salute

Tab. 5.3.2

INDICATORI DI OFFERTA OSPEDALIERA PER ACUTI E NON ACUTI

REGIONE CAMPANIA

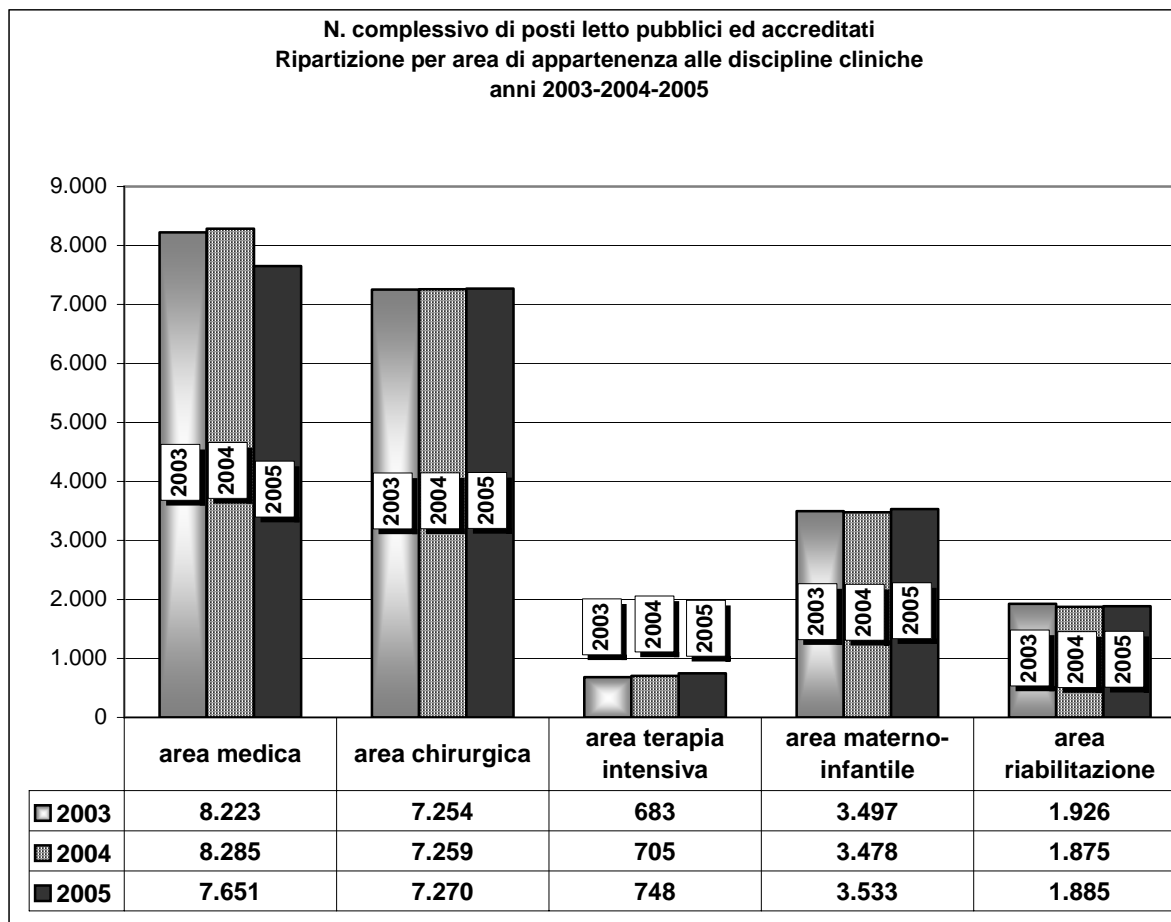
CAMPANIA	POPOLAZIONE ISTAT (al 1° gen)	PUBBLICI			ACCREDITATI			Complessivi posti letto	Posti letto x 1000 abitanti
		Posti letto day hospital	Posti letto degenza ordinaria	Totale posti letto	Posti letto day hospital	Posti letto degenza ordinaria	Totale posti letto		
2003	5.725.098	1.961	12.710	14.671	387	6494	6.881	21.552	3,8
2004	5.760.353	2.100	12.751	14.851	372	6427	6.799	21.650	3,8
2005	5.788.986	1.988	12.770	14.758	447	5.947	6.394	21.152	3,7

Tab. 5.3.3

POSTI LETTO ESISTENTI Ripartizione per Aree di disciplina ANNO 2005

	<i>Unità</i>	<i>Incidenza %</i>
Area medica		
<i>Totale parziale</i>	7.651	36,2%
Area chirurgica		
<i>Totale parziale</i>	7.270	34,4%
Area terapia intensiva		
<i>Totale parziale</i>	748	3,5%
Area materno infantile		
<i>Totale parziale</i>	3.533	16,7%
Area riabilitazione		
<i>Totale parziale</i>	1.885	8,9%
Area altre discipline		
<i>Totale parziale</i>	65	0,3%
TOTALE GENERALE	21.152	100,00%

Graf. 5.3.4



La successiva tabella, che espone i dati dei **posti letto disaggregati per area di disciplina e per province** (Tab. 5.3.5), mostra come l'offerta dei posti letto sia concentrata soprattutto nella provincia di Napoli.

Alla luce di tale situazione è bene evidenziare come *la capacità di offerta* possa essere migliorata soprattutto con azioni che incidano sull'ambito organizzativo, funzionale e strutturale, attraverso la messa in rete delle strutture di erogazione delle prestazioni (ospedali, poliambulatori, distretti ed erogatori privati accreditati), la individuazione delle criticità e la definizione di modelli organizzativi diversificati di erogazione delle prestazioni.

In tale contesto, l'attivazione, come intervento prioritario, sul territorio delle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) dovrebbe assicurare, all'un tempo, una razionalizzazione della rete ospedaliera senza una preventiva dismissione dei reparti e dei servizi esistenti.

Tab 5.3.5

POSTI LETTO ESISTENTI Pubblici e Privati articolati per Province ANNO 2005												
Area delle discipline articolata per province	Strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate											
	presidi AA.SS.LL.		AA.OO.		Aziende Universitarie Policlinici e IRCCS		Strutture private provvisoriamente accreditate		TOT ORDINARI	TOTALI DAY H.	tot p.i.	
	ordinari	dh	ordinari	dh	ordinari	dh	ordinari	dh				
Area medica												
Provincia di Napoli	959	158	975	144	600	177	939	22	3.473	501	3.974	
Provincia di Avellino	129	20	244	50	-	-	273	13	646	83	729	
Provincia di Benevento	144	20	150	34	-	-	48	4	342	58	400	
Provincia di Caserta	268	48	228	29	-	-	179	6	675	83	758	
Provincia di Salerno	821	133	318	32	-	-	455	31	1.594	196	1.790	
Totale parziale	2.321	379	1.915	289	600	177	1.894	76	6.730	921	7.651	
Area chirurgica												
Provincia di Napoli	1211	181	629	72	839	124	887	73	3.566	450	4.016	
Provincia di Avellino	115	10	139	45	-	-	213	17	467	72	539	
Provincia di Benevento	136	17	142	20	-	-	109	21	387	58	445	
Provincia di Caserta	280	48	182	19	-	-	439	48	901	115	1.016	
Provincia di Salerno	669	102	211	18	-	-	228	26	1.108	146	1.254	
Totale parziale	2.411	358	1.303	174	839	124	1.876	185	6.429	841	7.270	
Area terapia intensiva												
Provincia di Napoli	165	9	107	4	68	-	16	-	356	13	369	
Provincia di Avellino	11	-	17	2	-	-	15	-	43	2	45	
Provincia di Benevento	8	-	34	4	-	-	-	-	42	4	46	
Provincia di Caserta	54	4	29	11	-	-	12	-	95	15	110	
Provincia di Salerno	144	5	29	-	-	-	-	-	173	5	178	
Totale parziale	382	18	216	21	68	-	43	-	709	39	748	
Area materno infantile												
Provincia di Napoli	704	96	271	67	277	66	414	23	1.666	252	1.918	
Provincia di Avellino	93	5	83	16	-	-	92	15	268	36	304	
Provincia di Benevento	85	8	58	14	-	-	-	-	143	22	165	
Provincia di Caserta	203	34	90	10	-	-	169	14	462	58	520	
Provincia di Salerno	373	50	120	7	-	-	69	7	562	64	626	
Totale parziale	1.458	193	622	114	277	66	744	59	3.101	432	3.533	
Area di riabilitazione												
Provincia di Napoli	67	6	13	4	5	2	800	58	885	70	955	
Provincia di Avellino	20	-	12	2	-	-	-	-	32	2	34	
Provincia di Benevento	-	-	14	2	162	18	160	-	336	20	356	
Provincia di Caserta	8	-	17	2	-	-	200	30	225	32	257	
Provincia di Salerno	26	4	-	-	-	-	230	23	256	27	283	

Totale parziale	121	10	56	10	167	20	1.390	111	1.734	151	1.885
Altre discipline											
Provincia di Napoli	-	24	1	1	-	-	-	-	1	25	26
Provincia di Avellino	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Provincia di Benevento	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Provincia di Caserta	-	-	7	-	-	-	-	-	7	-	7
Provincia di Salerno	-	10	6	-	-	-	-	16	6	26	32
Totale parziale	-	34	14	1	-	-	-	16	14	51	65
Totale generale	6.693	992	4.126	609	1.951	387	5.947	447	18.717	2.435	21.152

N.B. nella voce, altre discipline sono ricomprese le seguenti: 02=day hospital multispecialistico; 67=pensionanti; 97=detenuti
dalla elaborazione sono stati esclusi n. 377 posti pubblici di disciplina 31=nido e n.141 accreditati;

Nella elaborazione sono stati aggiunti i dati 2004 della struttura accreditata: 150104-Villa Cinzia;

L'azione di trasformazione e razionalizzazione della rete ospedaliera si è tradotta soprattutto in una diversa composizione dell'attività ospedaliera di ricovero.

La Regione Campania, al pari delle altre Regioni, ha infatti provveduto a regolamentare le soglie di ammissibilità di ricoveri in regime di degenza ordinaria superiori ad un giorno ed a promuovere il trasferimento di una parte consistente di ricoveri in regime di *day hospital* o *day surgery* in assistenza ambulatoriale.⁴

La tabella che segue (**Tab. 5.3.6**) conferma la *trend in diminuzione del numero di ricoveri ordinari per acuti rispetto alla corrispondente attività di day hospital che cresce in misura esponenziale*.

Dal raffronto con i dati delle altre Regioni, emerge come la Campania sia ormai molto prossima alla media nazionale, soprattutto per i ricoveri di riabilitazione.

Il dato relativo alla degenza media, che consente di confrontare la *performance* media regionale con il corrispondente dato nazionale, evidenzia un giusto equilibrio tra regime ordinario di ricovero e *day hospital*, che nelle terapie di riabilitazione registra uno dei migliori risultati nel panorama assistenziale italiano (**Tab. 5.3.7**).

Di rilievo, il costante miglioramento dell'indice di degenza media per acuti in regime ordinario (indice dato dal rapporto tra giornate di degenza e numero dei ricoveri), i cui valori continuano a risultare tra i più bassi in Italia.

Quanto all'attività di ricovero ospedaliero tra **istituti pubblici e privati**, è da ribadire che quella di questi ultimi si concentra soprattutto sulla lungodegenza (di cui assorbe oltre il 90% della domanda) nonché, come detto, sull'attività riabilitativa (di cui assorbe quasi i due terzi della domanda). Per converso, gli istituti pubblici hanno provveduto, in questi ultimi anni, a riequilibrare tra loro regime ordinario e *day hospital* nell'ambito dei ricoveri per acuzie. Nell'ambito del regime di ricovero ordinario per acuti si conferma la predominanza del settore pubblico su quello privato (la cui capacità di assorbimento è pari a circa i tre quarti della domanda complessiva) (**Tabb. 5.3.8 e 5.3.9**).

Da segnalare come il dato tendenziale di una flessione dei ricoveri per riabilitazione e lungodegenza appaia contraddire le direttive del Piano ospedaliero, in base al quale occorre potenziare l'organizzazione della rete di emergenza, di riabilitazione e lungodegenza attraverso un aumento dei posti letto disponibili.

⁴ La Regione Campania, andando oltre le indicazioni del DPCM 29 novembre 2001, ha individuato 57 DRG ad alto rischio di inappropriatazza, per i quali sono state definite soglie massime di ammissibilità di ricovero in regime ordinario ed il trasferimento di parte della casistica in regime di Day hospital / Day Surgery.

Tab. 5.3.6

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO (*)																			
ANNI 1999/2005																			
ANNI	RICOVERI									GIORNATE DI DEGENZA									DEGENZA MEDIA ACUTIN REGIME ORDINARIO
	ACUTI				RIABILITAZIONE				LUNGO DEGENZA	ACUTI				RIABILITAZIONE				LUNGO DEGENZA	
	Regime ordinario	Incid. %	Day Hospital	Incid. %	Regime ordinario	Incid. %	Day Hospital	Incid. %		Regime ordinario	Incid. %	Day Hospital	Incid. %	Regime ordinario	Incid. %	Day Hospital	Incid. %		
1999	900.790	82,30%	194.189	17,70%	10.565	78,90%	2.826	21,10%	13.391	5.486.124	92,50%	445.324	7,50%	334.833	89,60%	39.086	10,50%	420.695	5,6
2000	950.987	81,70%	212.392	18,30%	11.563	79,90%	2.908	20,10%	12.214	5.194.357	91,90%	458.529	8,10%	354.503	89,90%	39.999	10,10%	432.330	5,5
2001	935.638	79,80%	236.576	20,20%	11.664	85,20%	2.026	14,80%	7.444	5.119.031	90,50%	538.365	9,50%	354.503	89,90%	39.999	10,10%	432.330	5,5
2002	917.866	75,90%	290.763	24,10%	13.227	84,70%	2.442	15,60%	11.152	4.933.955	87,50%	707.589	12,50%	406.142	93,10%	29.994	6,90%	470.817	5,4
2003	875.169	72,10%	339.451	27,90%	12.639	83,30%	2.527	16,70%	10.307	4.709.486	85,00%	832.401	15,00%	405.115	92,80%	31.326	7,20%	460.671	5,4
2004	874.904	68,90%	394.540	31,10%	12.524	73,40%	4.530	26,60%	10.641	4.667.807	82,80%	967.172	17,20%	401.199	87,00%	60.101	13,00%	444.241	5,3
2005	864.819	67,60%	414.554	32,40%	12.180	72,80%	4.556	27,20%	10.540	4.621.219	81,70%	1.032.897	18,30%	404.189	87,30%	58.788	12,70%	431.497	5,3

1 Fonte: dati forniti dalla Regione Campania

(*) Escluso ricoveri e giornate di degenza a totale pagamento degli utenti.

Tab. 5.3.7

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA PER REGIME DI RICOVERO *																			
ANNO 2003																			
REGIONI	RICOVERI									GIORNATE di DEGENZA									Degenza media acuti in regime ordinario (5) / (1)
	ACUTI				RIABILITAZIONE				LUNGO DEGENZA	ACUTI				RIABILITAZIONE				LUNGO DEGENZA	
	Regime ordinario -1	%	Day Hospital -2	%	Regime ordinario -3	%	Day Hospital -4	%		Regime ordinario -5	%	Day Hospital -6	%	Regime ordinario -7	%	Day Hospital -8	%		
PIEMONTE	483.583	66,2	246.620	33,8	28.322	92	2.464	8	17.917	3.599.913	85	637.527	15	845.413	96,4	31.410	3,6	624.624	7,44
LOMBARDIA	1.398.963	71,3	564.149	28,7	83.546	85,4	14.278	14,6	6.147	8.999.471	88,9	1.124.848	11,1	1.793.274	92,5	145.040	7,5	141.309	6,43
VENETO	593.791	68	279.134	32	20.393	84,9	3.613	15,1	12.278	4.701.840	85,3	812.674	14,7	466.059	90	51.677	10	331.017	7,92
LIGURIA	233.989	60,7	151.446	39,3	6.664	78,9	1.784	21,1	0	1.840.902	81,1	430.131	18,9	142.542	91,5	13.307	8,5	0	7,87
E. ROMAGNA	588.476	71,7	232.286	28,3	15.789	81,5	3.595	18,5	29.526	4.213.754	82,2	913.056	17,8	443.095	88,8	55.688	11,2	693.833	7,16
TOSCANA	489.678	71,7	193.305	28,3	8.706	87,6	1.234	12,4	2.289	3.473.408	85,6	584.888	14,4	195.444	91,1	19.068	8,9	94.232	7,09
MARCHE	217.830	77,1	64.530	22,9	2.107	85,1	370	14,9	3.282	1.486.415	90,2	160.984	9,8	77.421	97,1	2.297	2,9	89.197	6,82
UMBRIA	125.453	67,7	59.840	32,3	2.065	52,3	1.880	47,7	0	791.762	83,4	157.823	16,6	41.130	62	25.169	38	0	6,31
LAZIO	829.102	71	339.223	29	29.444	66,1	15.110	33,9	3.225	6.080.270	84,4	1.122.133	15,6	1.473.249	88,5	191.008	11,5	167.711	7,33
ABRUZZO	267.030	75,8	85.132	24,2	15.209	94	963	6	1.047	1.661.702	86,8	252.862	13,2	254.032	96,8	8.280	3,2	22.711	6,22
MOLISE	58.433	80,1	14.557	19,9	1.180	88,6	152	11,4	278	410.677	91,9	36.203	8,1	42.486	92,6	3.398	7,4	7.980	7,03
CAMPANIA	875.169	72,1	339.451	27,9	12.639	83,3	2.527	16,7	10.307	4.709.486	85	832.401	15	405.115	92,8	31.326	7,2	460.671	5,45
BASILICATA	75.610	68,9	34.122	31,1	478	73,2	175	26,8	291	511.877	85,4	87.180	14,6	13.537	83,3	2.720	16,7	8.906	6,77
PUGLIA	671.822	84,5	122.907	15,5	10.341	91,7	932	8,3	2.239	3.978.170	93,7	265.240	6,3	280.160	97,4	7.542	2,6	39.425	5,92
CALABRIA	296.985	72,5	112.377	27,5	4.860	89,7	561	10,3	1.114	1.820.551	78,7	310.345	21,3	131.506	95,5	6.249	4,5	77.114	6,13
VAL D'AOSTA	13.990	71,8	5.492	28,2	5.794	84,1	1.097	15,9	0	124.291	88	16.906	12	106.989	88,6	13.711	11,4	0	8,88
P.A. di TRENTO	54.483	70,7	22.559	29,3	5.975	84,5	1.098	15,5	3.480	417.996	89,1	50.912	10,9	110.311	88,9	13.731	11,1	105.096	7,67
P.A. di BOLZANO	85.669	81,1	19.927	18,9	1.814	99,1	17	0,9	1.419	566.363	93,2	41.490	6,8	47.994	99,4	283	0,6	40.206	6,61
F. V. GIULIA	154.469	75,9	48.950	24,1	2.896	95,2	145	4,8	0	1.187.639	87,7	166.503	12,3	76.924	98,3	1.324	1,7	0	7,69
SICILIA	832.996	64,3	462.324	35,7	7.540	69,6	3.297	30,4	2.414	4.625.727	79	1.227.431	21	210.174	87,6	29.764	12,4	64.218	5,55
SARDEGNA	257.131	71,3	103.658	28,7	463	84,3	86	15,7	716	1.724.394	90	191.946	10	14.963	88,2	2.006	11,8	37.905	6,71
TOTALE	8.604.652	70,9	3.501.989	29,1	266.225	82,8	55.378	17,2	97.969	56.926.608	87,7	9.423.483	14,2	7.171.818	91,6	654.998	8,4	3.006.155	6,63

FONTI: La tabella è stata integrata con i dati del Ministero della salute mancando i dati delle seguenti Sez. regionali: Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Val d'Aosta, Friuli V. G., Sardegna e parte del Lazio

* esclusi ricoveri e giornate di degenza a totale pagamento degli utenti

COMPOSIZIONE DELL'ATTIVITA' OSPEDALIERA - PUBBLICO E PRIVATO																Tab 5.3.8
ANNI 2000/2005																
ANNI	RICOVERI (*)															
	ISTITUTI PUBBLICI					ISTITUTI PRIVATI					TOTALE					
	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	
2000	659.732	204.502	3.883	582	944	292.995	8.029	7.680	2.326	11.270	952.727	212.531	11.563	2.908	12.214	
2001	635.099	221.996	4.190	833	854	300.539	13.870	7.474	1.193	6.590	935.638	235.836	11.664	2.026	7.444	
2002	620.017	249.953	4.639	1.102	794	297.849	40.810	8.588	1.340	10.358	917.866	290.763	13.227	2.442	11.152	
2003	631.227	295.075	4.052	1.263	677	243.942	44.376	8.587	1.264	9.630	875.169	339.451	12.639	2.527	10.307	
2004	629.566	336.996	3.946	2.033	604	245.338	57.544	8.578	2.497	10.037	874.904	394.540	12.524	4.530	10.641	
2005	621.186	348.963	2.881	2.384	604	243.633	65.591	8.333	2.172	9.936	864.819	414.554	11.214	4.556	10.540	

Fonte: dati forniti dalla Regione Campania

COMPOSIZIONE ATTIVITA' OSPEDALIERA - PUBBLICO E PRIVATO (*)																Tab. 5.3.9
ANNO 2005																
REGIONI	RICOVERI															
	ISTITUTI PUBBLICI					ISTITUTI PRIVATI					TOTALE					
	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	ACUTI		RIABILITAZIONE		LUNGO DEGENZA	
	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	Day hospital	Regime ordinario	
PIEMONTE	437.327	233.653	15.155	2.464	5.131	46.256	12.967	13.167	0	12.786	483.583	246.620	28.322	2.464	17.917	
LOMBARDIA	1.023.567	450.765	27.434	8.142	3.451	375.396	113.384	56.112	6.136	2.696	1.398.963	564.149	83.546	14.278	6.147	
VENETO	566.569	270.154	18.031	2.428	11.695	27.222	8.980	4.212	1.107	583	593.791	279.134	22.243	3.535	12.278	
LIGURIA	232.439	151.446	4.783	1.784	0	1.550	0	1.881	0	0	233.989	151.446	6.664	1.784	0	
E. ROMAGNA	509.887	196.759	4.500	3.202	18.722	78.589	35.527	11.289	393	10.804	588.476	232.286	15.789	3.595	29.526	
TOSCANA	465.697	177.411	4.425	791	0	23.981	15.894	4.281	443	2.289	489.678	193.305	8.706	1.234	2.289	
MARCHE	198.680	58.391	1.177	370	1.978	19.150	6.139	930	0	1.304	217.830	64.530	2.107	370	3.282	
UMBRIA	119.032	55.827	1.748	1.880	0	6.421	4.013	317	0	0	125.453	59.840	2.065	1.880	0	
LAZIO	461.487	220.310	3.638	1.580	1.078	307.828	190.257	25.679	13.402	2.343	769.315	410.567	29.317	14.982	3.421	
ABRUZZO	209.615	84.401	3.654	830	984	58.217	807	11.566	133	63	267.832	85.208	15.220	963	1.047	
MOLISE	52.913	14.557	1.000	152	278	5.520	0	180	0	0	58.433	14.557	1.180	152	278	
CAMPANIA	631.227	295.075	4.052	1.263	677	243.942	44.376	8.587	1.264	9.630	875.169	339.451	12.639	2.527	10.307	
BASILICATA	73.699	34.122	478	175	291	1.911	0	0	0	0	75.610	34.122	478	175	291	
PUGLIA	593.333	110.522	5.527	932	2.103	75.648	12.385	1.792	0	136	668.981	122.907	7.319	932	2.239	
CALABRIA	224.269	112.142	307	459	477	72.716	235	4.553	102	637	296.985	112.377	4.860	561	1.114	
VAL D'AOSTA	13.990	5.492	0	0	0	0	0	0	0	0	13.990	5.492	0	0	0	
P.A. di TRENTO	57.296	21.179	3.359	1.098	678	2.187	1.380	2.616	0	2.802	59.483	22.559	5.975	1.098	3.480	
P.A. di BOLZANO	80.601	18.766	421	17	0	5.068	1.161	1.393	0	1.419	85.669	19.927	1.814	17	1.419	
F. V. GIULIA	142.890	44.255	1.792	145	0	11.579	4.695	1.104	0	0	154.469	48.950	2.896	145	0	
SICILIA	689.933	428.742	3.075	2.933	2.403	143.063	33.582	4.465	364	11	832.996	462.324	7.540	3.297	2.414	
SARDEGNA	214.779	96.394	463	86	0	42.352	7.264	0	0	716	257.131	103.658	463	86	716	
TOTALE	6.999.230	3.080.363	105.019	30.731	49.946	1.548.596	493.046	154.124	23.344	48.219	8.547.826	3.573.409	259.143	54.075	98.165	

FONTE: La tabella è stata integrata con i dati del Ministero della salute mancando i dati delle seguenti Sez regionali: Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Val d'Aosta, Friuli V. G., Sardegna

(*) Esclusi ricoveri e giornate di degenza a totale pagamento degli utenti

Il grado di utilizzo dell'offerta di ricovero si combina in vario modo con la variabile della **mobilità attiva e passiva della cittadinanza**, vale a dire con le possibili tendenze di fuga di pazienti verso altre Regioni.

I dati sulla mobilità del 2002/2005 (Tabb. 5.3.10 e 5.3.11) mostrano un netto miglioramento dell'offerta di assistenza ospedaliera in **regime ordinario**, con un *trend* di fuga di pazienti verso altre Regioni in continua diminuzione. Anche i valori di saldo sulla mobilità attiva e passiva sono in flessione, nonostante la continua riduzione di ricoveri di pazienti provenienti da altre Regioni, a dimostrazione di un *maggior grado di soddisfazione ovvero di qualità percepita da parte dell'utenza* rispetto all'assistenza erogata.

Certamente, un'attenta revisione delle tariffe regionali, la riduzione delle liste di attesa (sulle quali numerosi provvedimenti sono stati già assunti: DGRC n. 4061/01, LR n. 1/06, DGRC n. 880/06) e l'implementazione dei ricoveri diurni potranno favorire un ulteriore recupero di competitività delle strutture regionali e contribuire a ridurre il tasso di fuga verso altre regioni, con ulteriore sollievo per gli oneri finanziari sostenuti in conseguenza della pur sempre elevata mobilità passiva.

Malgrado questi miglioramenti, il saldo della mobilità passiva della Campania rimane il più pesante rispetto alle altre Regioni italiane, anche se, in proporzione al numero di residenti, il dato appare molto meno squilibrato (**Tabb. 5.3.12 e 5.3.13**).

Al proposito ci sono da fare alcune considerazioni : il fenomeno della mobilità passiva in Campania non è facilmente risolvibile in tempi brevi.

Infatti ha sostanzialmente due macro componenti:

- una componente non di vera mobilità ma di residenza ancora risultante in Campania , ma con una perdurante domiciliatazione dei cittadini di origine campana in città del Nord per motivi di lavoro. Tale fatto è confermato anche dai dati Istat della popolazione 2005 dai quali risulta una diminuzione in Campania di circa 4000 unità che in realtà sono trasferimenti di residenza di domiciliati da anni nelle città del Nord;

- una componente legata ad una insufficienza di centri di eccellenza in territorio campano. E' noto, infatti, che la rete ospedaliera campana è da un lato molto sottodimensionata rispetto allo standard nazionale (3,7/000 versus 4,5/000), dall'altro è eccessivamente concentrata a Napoli città come posti letto rispetto all'esteso e popoloso hinterland della provincia.

Mentre sulla prima componente non c'è possibilità concreta di agire, sulla seconda è possibile intervenire anche utilizzando i finanziamenti dedicati all'edilizia sanitaria come indicato nel punto c del capitolo "Descrizione degli interventi da realizzare e relativo cronoprogramma" del presente Piano.

Con riguardo, invece, all'offerta di assistenza ospedaliera in *day hospital*, il saldo della *mobilità passiva risulta in crescita*, nonostante la maggior forza attrattiva esercitata sui pazienti di altre Regioni limitrofe. Ciò in quanto non si è raggiunto ancora quel livello di offerta sufficiente ad intercettare la domanda di pazienti attualmente in fuga verso presidi di altre Regioni.

Tab. 5.3.10

INDICATORI DI MOBILITA' : TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI									
(Numero di ricoveri)									
ANNI	REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL			TOTALE ACUTI		
	RICOVERI ENTRO REGIONE	RICOVERI FUORI REGIONE	TOTALE	RICOVERI ENTRO REGIONE	RICOVERI FUORI REGIONE	TOTALE	RICOVERI ENTRO REGIONE	RICOVERI FUORI REGIONE	TOTALE
2002	892.332	73.187	965.519	283.505	17.514	301.019	1.175.837	90.701	1.266.538
2003	850.032	68.967	918.999	331.297	20.534	351.831	1.181.329	89.501	1.270.830
2004	876.735	67.295	944.030	394.593	22.243	416.836	1.271.328	89.538	1.360.866
2005	866.584	65.848	932.432	414.585	23.639	438.224	1.281.169	89.487	1.370.656

Tab.5.3.11

SALDO MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI						
(ricoveri per acuti)						
(Numero di dimissioni)						

ANNI	RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI		RICOVERI IN ALTRE REGIONI		SALDO RICOVERI	
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
	1	2	3	4	(1 - 3)	(2 - 4)
2002	20.628	6.128	73.187	17.514	-52.559	-11.386
2003	19.846	6.830	68.967	20.534	-49.121	-13.704
2004	19.750	7.612	67.295	22.243	-47.545	-14.631
2005	19.686	8.070	65.848	23.639	-46.162	-15.569

Fonte: dati forniti dalla Regione Campania

Tab. 5.3.12

MOBILITA' OSPEDALIERA TRA REGIONI
NUMERO DI DIMISSIONI
ANNO 2003
(ricoveri per acuti)

REGIONI	RICOVERI PROVENIENTI DA ALTRE REGIONI		RICOVERI IN ALTRE REGIONI		SALDO RICOVERI	
	1		2		1 - 2	
	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital	Regime ordinario	Day Hospital
PIEMONTE	29.517	11.332	41.318	18.060	-11.801	-6.728
LOMBARDIA	120.518	41.392	60.441	17.814	60.077	23.578
VENETO	47.900	19.834	27.216	11.117	20.684	8.717
LIGURIA	28.536	14.107	28.194	11.076	342	3.031
E. ROMAGNA	79.314	23.883	32.690	12.816	46.624	11.067
TOSCANA	51.631	20.712	25.171	10.742	26.460	9.970
MARCHE	18.349	5.279	22.957	9.450	-4.608	-4.171
UMBRIA	19.419	10.136	12.602	5.684	6.817	4.452
LAZIO	70.349	32.818	51.004	17.816	19.345	15.002
ABRUZZO	34.854	7.593	24.038	8.898	10.816	-1.305
MOLISE	13.830	2.330	12.388	4.195	1.442	-1.865
CAMPANIA	19.846	6.830	68.967	20.534	-49.121	-13.704
BASILICATA	8.170	4.389	21.875	6.136	-13.705	-1.747
PUGLIA	32.002	3.315	46.305	14.896	-14.303	-11.581
CALABRIA	11.632	2.768	46.016	16.699	-34.384	-13.931
VAL d'AOSTA	1.588	315	3.484	1.249	-1.896	-934
P. A. di TRENTO	8.954	1.832	11.513	4.427	-2.559	-2.595
P. A. di BOLZANO	10.090	2.406	10.489	4.391	-399	-1.985
F. V. GIULIA	13.883	5.639	9.635	5.173	4.248	466
SICILIA	12.988	6.623	53.395	14.293	-40.407	-7.670
SARDEGNA	5.237	872	10.277	3.629	-5.040	-2.757
TOTALE	638.607	224.405	619.975	219.095	18.632	5.310

FONTE: La tabella è stata integrata con i dati del Ministero della salute mancando i dati delle seguenti Sez regionali: Toscana, Lazio, Molise, Basilicata, Puglia, Calabria, Val d'aosta, P. A. di Bolzano, Friuli V. G., Sardegna

Tab. 5.3.13

INDICATORI DI DOMANDA: TASSO DI OSPEDALIZZAZIONE ACUTI ANNO 2003 (Popolazione al 1.1.2003)

REGIONI	REGIME ORDINARIO			DAY HOSPITAL		
	RICOVERI <i>entro</i> REGIONE	RICOVERI <i>fuori</i> REGIONE	TOTALE	RICOVERI <i>entro</i> REGIONE	RICOVERI <i>fuori</i> REGIONE	TOTALE
PIEMONTE	104,83	9,89	114,72	55,12	4,28	59,40
LOMBARDIA	135,31	5,61	140,92	56,94	1,92	58,86
VENETO	118,97	6,11	125,08	56,38	2,44	58,82
LIGURIA	114,01	16,00	130,01	77,70	6,96	84,66
E. ROMAGNA	135,00	8,90	143,90	52,10	3,10	55,20
TOSCANA	119,71	7,31	127,02	49,34	3,06	52,40
MARCHE	137,00	16,00	153,00	40,00	6,00	46,00
UMBRIA	121,07	14,32	135,39	59,93	6,68	66,61
LAZIO	147,45	9,95	157,40	73,97	3,46	77,43
ABRUZZO	187,20	18,41	205,61	61,53	6,81	68,34
MOLISE	138,93	38,98	177,91	38,08	13,08	51,16
CAMPANIA	139,68	12,06	151,74	57,86	3,64	61,50
BASILICATA	113,00	36,91	149,91	49,82	10,28	60,10
PUGLIA	158,99	11,67	170,66	29,72	3,71	33,43
CALABRIA	142,15	23,24	165,39	54,60	8,33	62,93
VAL d'AOSTA	102,57	29,56	132,13	42,82	10,33	53,15
P. A. di TRENTO	101,00	11,00	112,00	43,00	4,00	47,00
P. A. di BOLZANO	158,79	7,08	165,87	38,39	2,63	41,02
F. V. GIULIA	117,99	8,17	126,16	36,35	4,35	40,70
SICILIA	156,07	10,06	166,13	90,64	2,85	93,49
SARDEGNA	153,83	6,41	160,24	62,76	2,22	64,98
TOTALE	135,61	10,44	146,04	58,22	3,75	61,97

FONTE: Ministero della salute

Uno sguardo deve essere, infine, rivolto ad esaminare i *profili di efficienza e di appropriatezza* del sistema di assistenza ospedaliera campana, anche al fine di mettere in luce le caratteristiche strutturali dalle quali desumere, in qualche misura, disfunzionalità operative tali da indurre andamenti sfavorevoli nei costi delle prestazioni sanitarie.

I dati rilevati, per quanto emblematici di un ambito di assistenza territoriale ancora debole e di un modesto livello di integrazione e collegamento funzionale tra le strutture, evidenziano per il triennio 2003/2005 una sostanziale stabilità (Tabb. 5.3.14 e 5.3.15). Purtroppo, a conferma della ridotta appropriatezza del percorso assistenziale seguito e del basso grado di complessità della “casistica” trattata in ambito ospedaliero, non si registrano sostanziali variazioni nemmeno dell’incidenza dei ricoveri chirurgici rispetto al totale dei casi trattati (Tab. 5.3.16).

Ciò evidentemente conferma che per realizzare un significativo recupero dell'appropriatezza dei ricoveri è necessaria una contestuale ricomposizione dell'offerta in ambito territoriale, potenziando l'assistenza extraospedaliera, in particolare quella a forte integrazione socio-sanitaria, nell'ambito del decentramento fondato su un ruolo più centrale ed incisivo dei Distretti sanitari di base.

A tale riguardo appare, comunque, utile avvalersi di un *sistema di indicatori e standard di processo*, a partire da quelli vigenti, per la valutazione dell'appropriatezza dei ricoveri che miri ad una analisi dei tassi di ospedalizzazione più dettagliata e specifica (fornendo alle aziende tassi distinti per specialità di dimissioni da raffrontare alla media regionale).

Se è vero, infatti, che l'appropriatezza di un singolo ricovero implica una valutazione specifica del caso in esame, sia sotto il profilo degli indici propri di valutazione dell'appropriatezza che di confronto clinico con i responsabili della struttura interessata, è anche vero che il rispetto di congrui tassi d'ospedalizzazione può dare una più semplice ed immediata valutazione complessiva di massima, purché essi stessi siano riferiti, nel modo più specifico possibile, alla patologia in questione. In questo senso una prima applicazione si è già effettuata con la individuazione delle soglie di ammissibilità al ricovero ordinario oltre che per i 43 DRG di cui all'allegato 2C del DPCM 29/11/01, anche per altri ulteriori 14 DRG medici (DGR n. 6490/91 e 4847/02).

Una maggiore specificità dei tassi di ospedalizzazione è uno strumento che permette, inoltre, di individuare i vari segmenti in cui si verificano i maggiori scostamenti e di pervenire ad una più corretta allocazione di risorse, anche all'interno della singola Azienda, perché consente di meglio dosare le dotazioni strutturali (posti-letto, organici, etc.) e di interrompere quel circolo vizioso che si costituisce fra eccesso di offerta e reale dimensione della domanda (o comunque della prestazione erogata).

Tab. 5.3.14

INDICI DI COMPLESSITA' ED APPROPRIATEZZA

REGIONE CAMPANIA	Indice di casi MIX	% di casi complessi (*)	Dimessi con DRG chirurgico (a)	(a) / (c) %	Dimessi con DRG medico o non classificabile (b)	(b) / (c) %	TOTALE (c) = (a)+(b)
2003	0,89	25,6%	359.411	29,6%	854.330	70,4%	1.213.741
2004	0,90	25,5%	380.850	30,0%	890.477	70,0%	1.271.327
2005	0,90	24,5%	382.203	29,8%	898.966	70,2%	1.281.169

*La percentuale di casi complessi è calcolata rapportando (al numeratore) il numero di dimissioni attribuite a DRG con complicanze e comorbilità ed , al denominatore, la somma del numero di dimissioni attribuite ai DRG con complicanze e comorbilità e quelli attribuiti agli omologhi DRG senza complicanze comorbilità.

Tab. 5.3.15

**INDICI DI COMPLESSITA' E APPROPRIATEZZA
RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO (*)
ANNO 2003**

REGIONI	INDICE DI CASE MIX	% CASI COMPLIC ATI	Dimessi con DRG chirurgico (a)	(a)/(c) %	Dimessi con DRG medico o non classificabile (b)	(b)/(c) %	Totale (c)=(a)+(b)
PIEMONTE	1,11	28,17	197.209	41,21	281.337	58,79	478.546
VALLE D'AOSTA	1,06	40,20	4.651	33,25	9.339	66,75	13.990
LOMBARDIA	1,09	28,24	598.800	43,82	767.637	56,18	1.366.437
PROV. di BOLZANO	0,92	24,71	28.685	34,03	55.614	65,97	84.299
PROV. di TRENTO	1,02	33,22	16.751	30,05	38.997	69,95	55.748
VENETO	1,08	27,92	225.390	37,64	373.420	62,36	598.810
FRIULI V. GIULIA	1,14	32,18	62.023	40,15	92.446	59,85	154.469
LIGURIA	1,11	35,61	73.498	31,32	161.186	68,68	234.684
EMILIA ROMAGNA	1,09	29,01	233.382	39,24	361.448	60,76	594.830
TOSCANA	1,13	29,83	165.069	34,86	308.420	65,14	473.489
UMBRIA	1,05	27,46	39.622	32,73	81.421	67,27	121.043
MARCHE	1,03	29,64	74.619	36,23	131.344	63,77	205.963
LAZIO	0,98	23,59	304.712	36,54	529.220	63,46	833.932
ABRUZZO	0,93	27,00	82.511	32,45	171.741	67,55	254.252
MOLISE	0,91	30,25	18.923	32,38	39.510	67,62	58.433
CAMPANIA	0,89	21,48	268.239	32,58	555.019	67,42	823.258
PUGLIA	0,89	25,86	212.625	31,65	459.197	68,35	671.822
BASILICATA	0,94	27,36	21.792	28,82	53.818	71,18	75.610
CALABRIA	0,86	25,45	82.948	27,93	214.037	72,07	296.985

**INDICI DI COMPLESSITA' E APPROPRIATEZZA
RICOVERI PER ACUTI - REGIME ORDINARIO (*)
ANNO 2003**

REGIONI	INDICE DI CASE MIX	% CASI COMPLIC ATI	Dimessi con DRG chirurgico (a)	(a)/(c) %	Dimessi con DRG medico o non classificabile (b)	(b)/(c) %	Totale (c)=(a)+(b)
SICILIA	0,89	25,67	234.537	29,70	555.203	70,30	789.740
SARDEGNA	0,88	24,22	81.057	31,52	176.074	68,48	257.131
TOTALE	1,00	26,86	3.027.043	35,85	5.416.428	64,15	8.443.471

FONTE: Ministero della salute

(*) I dati si riferiscono alle dimissioni effettuate dalle strutture di ricovero pubbliche e private, rilevate attraverso la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO).

Tab. 5.3.16

INDICI DI COMPLESSITA' E APPROPRIATEZZA

ANNI	RICOVERI CHIRURGICI (a)	<i>Incidenza % rispetto al totale</i>	RICOVERI MEDICI (b)	<i>Incidenza % rispetto al totale</i>	TOTALE (a) + (b)
2002	287.785	31,4	630.081	68,6	917.866
2003	359.411	29,6	854.330	70,4	1.213.741
2004	380.850	30,0	890.477	70,0	1.271.327
2005	382.203	29,8	898.966	70,2	1.281.169

Fonte: dati Corte dei conti e Regione Campania

I dati esposti in ordine alla complessità dei casi trattati a seguito del ricovero influiscono in larga misura sia sui costi sia su alcuni indicatori di efficienza (quali la degenza media o il *turn over*), poiché la maggiore complessità aumenta il costo della prestazione (e l'effetto si espande se la domanda ospedaliera tende a disporsi in tal senso), con riflessi negativi anche sugli indici di turnazione dei pazienti per letto e sulla disponibilità complessiva dei posti letto.

Il valore segnato dai principali **indicatori di efficienza** riportati nelle tabelle successive (**Tabb. 5.3.17 e 5.3.18**) denota che la casistica trattata in ambito ospedaliero con riferimento ai ricoveri per acuti spinge in direzione di una flessione del numero complessivo dei ricoveri (passati da 654.767 a 629.782) e delle relative giornate di degenza (passate da 4.439.568 a 3.688.701), il che si traduce in un più basso tasso di occupazione media dei posti

letto e in una lieve crescita del tempo medio intercorrente (*Turn over*) tra la dimissione del paziente e la successiva ammissione.

Di per sé, tali dati costituiscono indice di una maggiore disponibilità di posti letto effettivamente utilizzabili.

Tab. 5.3.17

**INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
REGIME ORDINARIO PUBBLICO
(escluso *day hospital*)**

ANNI	Giornate di degenza (acuti ordinari pubblici)	Posti letto (acuti ordinari pubblici)	Ricoveri (acuti ordinari pubblici)	IOM (Indice di occupazione media)	TURN-OVER	IR (Indice di rotazione)
	(gd)	(pl)	(rc)	$(gd*100) / (pl*365)$	$[(pl)*365 - (gd)] / (rc)$	$(rc) / (pl)$
2002	3.546.254	12.809	654.767	75,85	1,72	51,12
2003	3.711.351	12.457	631.227	81,63	1,32	50,67
2004	3.688.701	12.071	629.782	83,72	1,14	52,17
2005	3.660.438	12.023	621.304	83,41	1,17	51,68

Fonte: dati forniti dalla Regione Campania

(*) Nel regime pubblico sono compresi :Aziende Ospedaliere, Policlinici universitari, IRCCS, Presidi di ASL ed Ospedali classificati

Tab. 5.3.18

**INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
REGIME ORDINARIO STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE
ANNO 2003**

REGIONI	Tasso di utilizzo %	Turn-Over	Indice di Rotazione
PIEMONTE	79,6	2,1	34,8
VALLE D'AOSTA	79,7	2,3	32,7
LOMBARDIA	77,8	2,0	39,8
PROV. AUTON. BOLZANO	74,2	2,3	41,0
PROV. AUTON. TRENTO	70,4	3,2	33,7
VENETO	79,9	2,0	36,5
FRIULI VENEZIA GIULIA	71,6	3,2	31,8
LIGURIA	81,6	1,8	37,4

**INDICATORI DI EFFICIENZA OSPEDALIERA PER ACUTI
REGIME ORDINARIO STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE
ANNO 2003**

REGIONI	Tasso di utilizzo %	Turn-Over	Indice di Rotazione
EMILIA ROMAGNA	76,3	2,1	41,0
TOSCANA	79,5	1,9	38,3
UMBRIA	79,6	1,7	44,4
MARCHE	79,3	1,9	39,3
LAZIO	85,8	1,3	40,2
ABRUZZO	81,5	1,5	45,4
MOLISE	85,5	1,2	42,9
CAMPANIA	84,2	1,1	49,9
PUGLIA	80,4	1,5	45,9
BASILICATA	64,1	3,9	33,6
CALABRIA	68,4	2,8	30,9
SICILIA	75,7	1,8	46,7
SARDEGNA	73,2	2,5	37,3

FONTE: Ministero della salute

Tasso di utilizzo: Giornate di degenza effettuate / Giornate disponibili. E' espresso in forma percentuale.

Turn-Over: (Giornate disponibili - Giornate di degenza effettuate) / Ricoveri.

Indice di rotazione: Ricoveri / Posti letto effettivamente utilizzati.

Un'ultima considerazione riguarda l'altissima percentuale di *parti cesarei* praticati in ambito ospedaliero, la cui crescita costante appare sintomatica di una risposta non sempre appropriata a quello che rimane, comunque, un evento naturale (**Tab. 5.3.19**). Raffrontando le percentuali di incidenza del numero dei parti cesarei e dei relativi oneri remuneratori rispetto ai relativi totali, risulta evidente come un loro contenimento avrebbe effetti particolarmente favorevoli sui costi delle corrispondenti prestazioni sanitarie.

Tab. 5.3.19

INDICATORI DI ASSISTENZA OSPEDALIERA

ANNI	NUMERO DEI PARTI			REMUNERAZIONE DEI PARTI (*) (in euro)		
	Parti cesarei	TOTALE PARTI	incidenza % Parti cesarei	Parti cesarei	TOTALE PARTI	incidenza % Parti cesarei
	1	2	3 = 1/2	4	5	6 = 4/5
2001	34.691	62.691	55,3%	€ 71.023.900,08	€ 108.774.370,00	65,3%
2002	36.077	63.950	56,4%	€ 72.228.711,87	€ 110.366.530,00	65,4%
2003	37.682	64.794	58,2%	€ 75.210.995,77	€ 112.176.448,00	67,0%
2004	38.074	64.565	59,0%	€ 76.061.093,49	€ 112.530.742,55	67,6%
2005	37.181	62.024	59,95%	€74.136.317,69	€108.460.189,77	68,35%

Fonte:dati forniti dalla Regione Campania

(*) Secondo il tariffario regionale

B. Analisi S.W.O.T.

L'Analisi SWOT è un utile strumento di supporto all'analisi del contesto (interno ed esterno) entro cui collocare un progetto/intervento. Essa, infatti, consente di visualizzare contemporaneamente:

- punti di forza interni (Strenght);
- punti di debolezza interni (Weakness);
- opportunità esterne (Opportunities);
- minacce esterne, cioè rischi (Threats)

In questo modo si evidenziano nello schema che segue, in base ad un'ottica sistemica, in maniera chiara e sintetica, le variabili che possono agevolare oppure ostacolare il raggiungimento degli obiettivi del progetto, distinguendo tra fattori legati all'ambiente esterno e fattori legati invece all'organizzazione interna, e consentendo di orientare in modo più efficace le successive scelte strategiche ed operative.

<p>Punti di forza (Strenght)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stabilità ed omogeneità politica del governo regionale con quello dei principali EE.LL. (Comuni e Province) per tutta la legislatura; - Azzeramento debito fino al 31.12.05 con istituzione della So.Re.Sa. come gestore degli accordi con i fornitori; - Automaticità manovre fiscali; - Numero posti letto inferiore allo standard nazionale; - Manovra di rientro già iniziata nel 2006; - Consapevolezza da parte dei principali attori interessati della necessità della manovra e della impossibilità di un rinvio; - Affidamento alla So.Re.Sa. della gestione centralizzata degli acquisti. 	<p>Punti di debolezza (Weakness)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Modesta capacità fiscale autonoma; - Notevole mobilità passiva; - Inadeguatezza degli strumenti di pianificazione e programmazione del settore; - Inappropriatezza nella erogazione delle prestazioni; - Alta spesa farmaceutica e per il personale; - Presenza di importanti indicatori di salute negativi (p.es. alta mortalità); - Condizioni di disagio sociale ed economico della popolazione elevatissimi (alto indice di deprivazione); - Squilibri di sviluppo dei servizi sanitari tra ospedale e territorio e tra le diverse aree regionali.
<p>Opportunità (Opportunities)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuovo patto sulla sanità e Accordo Stato-Regione (accesso ai finanziamenti integrativi a carico dello Stato); - Strumenti straordinari di governo e gestione del sistema; - Partenariato con altre Regioni; - Riorganizzazione dell'intera rete dei servizi sanitari regionali; - Sviluppo delle nuove tecnologie della comunicazione e della società dell'informazione, implementazione dell'e-government, sia nei processi di regolazione e di governance che nei sistemi operativi organizzativo-gestionali; - Sviluppo di una cultura pragmaticamente orientata all'analisi di costi e benefici ed alla valutazione dei risultati e degli impatti. 	<p>Minacce (Threats)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frammentazione, localismo, conflittualità possono ostacolare una visione unitaria e coesa del futuro e condizionare negativamente le possibili sinergie tra sottosistemi territoriali; - Inadeguatezza della dirigenza delle strutture a sostenere il processo di riorganizzazione ed innovazione; - Mancata riduzione della inappropriatezza: es. parti: aumento dei parti cesarei perché la popolazione e le strutture non rispondono alla riorganizzazione; - Reazioni delle categorie interessate agli interventi di razionalizzazione: <ul style="list-style-type: none"> ° OO.SS della dipendenza (comparto e dirigenza) per blocco turn-over ed interventi di riduzione delle indennità accessorie e salario variabile; ° OO.SS. dei MMG per gli interventi sulla spesa farmaceutica; ° OO.SS dei medici dipendenti e specialisti per la limitazione all'uso del ricettario del SSR;

Come è stato sottolineato nell'analisi del contesto regionale nelle sue varie componenti descritte nel capitolo 1.2. A, la situazione della Campania è assai complessa. I diversi punti dell'analisi SWOT che sono stati individuati riflettono quella condizione di "biforcazione", richiamata anche da altri strumenti di intervento per le Regioni del Mezzogiorno, come il Quadro Comunitario di Sostegno (QCS), dei possibili sentieri di crescita o crisi del sistema, in questo caso, sociosanitario regionale.

Da una parte, costituiscono infatti straordinari elementi da valorizzare per lo sviluppo del sistema sanitario regionale, una prospettiva, per la prima volta, di equilibrio economico, tramite l'azzeramento, da un lato, del debito fino al 31.12.05, e, dall'altro, la consapevolezza per il triennio futuro di entrate certe, frutto di manovre fiscali regionali e integrazioni statali. Accanto a questo l'approvazione già dall'inizio del 2006 della manovra di rientro e la consapevolezza da parte dei principali attori che operano nel settore della necessità della manovra e della impossibilità di un rinvio, unitamente ad una stabilità ed omogeneità politica del governo regionale con quello dei principali EE.LL. (Comuni e Province) per tutta la legislatura, costituiscono una realtà irripetibile ai fini della gestione del Piano di rientro. Tale Piano inoltre parte da una situazione di ridotta disponibilità, rispetto agli standards nazionali, di strutture sanitarie e socio-sanitarie, in particolare di posti letto ospedalieri, che quindi, a differenza di altre Regioni, rende più agevole interventi che non sono di semplice chiusura, bensì di riconversione.

In questo senso il ruolo culturale e di rappresentanza territoriale che le componenti più avanzate della regione hanno svolto e continuano a svolgere, si associa ad un'ampia disponibilità di capitale umano qualificato che avrà un ruolo di guida anche per diffondere quella cultura dell'appropriatezza che, come si evidenzia in tutti gli studi fatti, è deficitaria tra gli strati della popolazione a più alto indice di deprivazione socio-economica. Intorno ad alcune esperienze e realtà territoriali, si sono consolidati centri di notevole rilevanza, caratterizzati da una buona capacità di attrazione, pur se in parte compromesse dalle sfavorevoli condizioni di contesto.

L'analisi SWOT rileva inoltre aree di inadeguatezza e di insufficiente utilizzazione degli strumenti di pianificazione e programmazione del settore, come nel caso delle risorse umane e un deterioramento di importanti indicatori di salute (p.es. alta mortalità) che si inseriscono in un contesto in cui si accentuano le condizioni di disagio sociale ed economico della popolazione (alto indice di deprivazione, aumento della disoccupazione e della povertà). Agiscono inoltre in forma diffusa e trasversale punti di debolezza come l'alta spesa farmaceutica e per il personale, le condizioni di insufficiente sicurezza per il controllo della legalità da parte della dirigenza aziendale ed inadeguatezza di ampi segmenti dell'Amministrazione Pubblica. L'analisi rileva infine estese aree di inefficienza ed inappropriata, che riguardano in particolare il sistema ospedaliero, gravato da caratteristiche ancora sfavorevoli in termini di produttività, utilizzazione di servizi, propensione ad innovare, capacità di attrazione.

C. Obiettivi generali, specifici ed operativi

Gli obiettivi generali del presente Piano attengono alla necessaria riqualificazione e riorganizzazione del SSR in modo da conseguire nel periodo temporale indicato la riduzione strutturale del disavanzo fino a raggiungere l'equilibrio economico finanziario nel rispetto del mantenimento dell'erogazione dei LEA

Gli obiettivi specifici riguardano la riduzione dei costi di produzione, l'aumento delle entrate, la riduzione della spesa per l'assistenza ospedaliera, la riorganizzazione e sviluppo dell'assistenza distrettuale, il contenimento della spesa farmaceutica, lo sviluppo di un sistema di valutazione e controllo della appropriatezza delle prestazioni e il miglioramento e sviluppo del sistema informativo.

Nello schema che segue tali obiettivi generali e specifici sono riassunti in un contesto unitario con quelli operativi e con i singoli interventi .

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi progettuali
Riduzione strutturale del disavanzo 2007-2009	Riduzione dei costi di produzione	<p>-Rispetto del vincolo di crescita come da DGRC n.1843/05</p> <p>-Adozione misure specifiche per la riduzione del costo del personale;</p> <p>- Interventi per ridurre i costi per acquisti di beni e attrezzature sanitarie</p> <p>- Definizione dei tetti di spesa per il privato accreditato;</p>	<p>- Applicazione e monitoraggio della DGRC n.1843/5;</p> <p>- Ulteriore provvedimento di blocco del turn over per l'anno 2007. Adozione DGR entro il 31 marzo 2007</p> <p>- Blocco delle assunzioni personale a tempo determinato e altre forme di lavoro flessibile per gli anni 2007, 2008 e 2009. Adozione DGR entro il 31 marzo 2007</p> <p>- Rideterminazione della consistenza organica e conseguente rideterminazione dei fondi per la contrattazione integrativa. Adozione DGR entro il 31 marzo 2007 e rideterminazione dei fondi da parte delle aziende entro il 30 aprile 2007.</p> <p>- Analisi dei costi per singola Azienda e predisposizione di un piano di allineamento; adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007</p> <p>- Centralizzazione acquisti per beni e servizi e budgetizzazione: adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007</p> <p>- Applicazione della normativa sui tetti di spesa; adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007.</p>
	Aumento delle entrate	Aumento dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e sull'addizionale dell'imposta sul reddito delle persone fisiche e in alternativa altre risorse bilancio regionale	Maggiorazione delle entrate fiscali 2007-2008-2009-2010: .

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi progettuali
<p>Modificazione dell'organizzazione quali/quantitativa del SSR per contribuire all'equilibrio economico-finanziario nel rispetto dei LEA</p>	<p>Riduzione della spesa per il livello dell'assistenza ospedaliera</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzazione e riprogrammazione della rete ospedaliera e rimodulazione del piano di edilizia sanitaria (costi infrastrutturali); - Razionalizzazione dei costi attraverso il completamento del processo di regolamentazione dei soggetti erogatori privati; - Razionalizzazione dei costi dei servizi attraverso progetti di recupero dell'appropriatezza; - Riduzione del tasso di ospedalizzazione. 	<ul style="list-style-type: none"> -Adozioni di provvedimenti finalizzati alla definizione dei nuovi standard qualitativi e quantitativi caratterizzanti la rete ospedaliera; -Approvazione del nuovo Piano Ospedaliero regionale (già adottato con legge n.24 del 19 dicembre 2006 : adeguamento al Piano di rientro ai sensi art 1, comma 2 legge n.24 e rimodulazione conseguente del Piano di edilizia sanitaria entro il 31.7.2007. - Adozione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale adozione provvedimento entro il 31 maggio 2007; -Adozione dei provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero; adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007 -Interventi di razionalizzazione dei punti nascita, delle prestazioni dh collegate al percorso nascita e adeguamento tariffario dei DRG in parte già adottato); completamento intervento entro il 30 giugno 2007 -Promozione del nuovo modello assistenziale PACC adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007; -Adozione dei provvedimenti per il rispetto del valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lunga degenza, nonchè di riabilitazione non di alta specialità(adottato con DGRC n. 401 del 9.3.07); adeguamento delle tariffe al DM 12 settembre 2006: adozione provvedimento contestualmente all'approvazione del Piano;

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi progettuali
	<p>Riorganizzazione e sviluppo del livello dell'assistenza distrettuale</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Razionalizzare la distribuzione e le attività dei punti di soccorso territoriali e dei presidi di continuità assistenziale; - Potenziamento dell'assistenza agli anziani non autosufficienti utilizzando anche la riconversione dei presidi ospedalieri dismessi ; - Potenziamento assistenza territoriale ai malati terminali; - Potenziamento assistenza domiciliare malati oncologici 	<ul style="list-style-type: none"> - Adozione del piano di razionalizzazione adozione provvedimento entro il 31 maggio 2007; - Adozione di provvedimenti per potenziare l'assistenza residenziale e semi-residenziale, nonché l'assistenza domiciliare adozione provvedimento entro il 31 maggio 2007; - Accordi con i Comuni per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria; - Attivazione funzione hospice in almeno una struttura nel territorio delle Province di Avellino, Benevento, Caserta e Salerno e per ogni ASL della Provincia di Napoli: adozione provvedimento entro il 30 aprile 2007 - Attivazione dell'assistenza oncologica domiciliare sulla base di linee guida regionali adozione provvedimento entro il 31 maggio 2007 - Adozione entro il 30 settembre 2007 di un nuovo strumento di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali domiciliari, residenziali e semi residenziali previamente concordato con i Ministeri.

Obiettivi generali	Obiettivi specifici	Obiettivi operativi	Interventi progettuali
	Riduzione della spesa farmaceutica	<p>-Incentivazione della politica di intensificazione della distribuzione diretta;</p> <p>-Incentivazioni all'uso dei farmaci generici;</p> <p>-Sostegno all'utilizzo dei protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie a più alta incidenza;</p> <p>- Analizzare in termini di appropriatezza la correlazione tra la patologia degli assistiti e le relative prescrizioni.</p>	<p>- Apertura al pubblico di farmacie ospedaliere e distrettuali; adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007</p> <p>-La Regione intende introdurre, dopo una fase sperimentale , l'obbligo per tutti i medici dipendenti e convenzionati al SSR, di prescrivere sulle ricette del SSN solo il principio attivo farmacologico, senza la specificazione del nome commerciale adozione provvedimento entro il 30 aprile 2007;</p> <p>--La Regione intende introdurre, dopo una fase sperimentale la potestà di prescrivere sul ricettario del SSN di norma solo per i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta adozione provvedimento entro il 30 aprile 2007;</p> <p>- Obbligo per il M.M.G. o il P.L.S., di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione adozione provvedimento entro il 30.4. 2007.</p> <p>- Budget per MMG e PLS</p> <p>- Introduzione ticket sulla farmaceutica e prezzo di riferimento (già introdotti).</p>
	Sviluppo sistemi di valutazione e controllo della appropriatezza	<p>- Approvazione sistema di valutazione;</p> <p>- Ridefinizione di un sistema di controllo regionale.</p>	<p>- Attivazione protocollo PRUO;</p> <p>- Costituzione di nuclei di controllo di appropriatezza territoriali con coordinamento regionale: adozione provvedimento entro il 30.6. 2007.</p>
	Miglioramento e sviluppo del sistema informativo	Monitoraggio dei costi e delle prestazioni.	<p>- Informatizzazione del sistema con controllo regionale;</p> <p>- Creazione del CUP regionale adozione provvedimento entro il 31.12. 2007.</p>
Verifica situazione debitoria al 31/12/05	Attivare la procedura di affiancamento di cui all'art.8 dell'Intesa Stato-Regioni del 23.3.05.	Intervento pluriennale di copertura del debito maturato al 31/12/2005.	<p>-Conclusioni delle misure pluriennali definite al tavolo di monitoraggio 2001;</p> <p>-Approvazione piano estinzione del debito.</p> <p>-Cessione dei crediti agli intermediari finanziari che hanno vinto la selezione pubblica per la gestione dell'intervento</p>

D. Interventi progettuali , indicatori e fonti di verifica

	Elenco interventi	Indicatori	Fonti di verifica
1	Applicazione della DGRC n.1843/05 e successive modifiche ed integrazioni	Rispetto del vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione	Modelli CE
2	Contenimento delle assunzioni e delle indennità accessorie; Analisi dei costi per singola Azienda e predisposizione di un piano di allineamento	Piano di intervento di cui all'allegato 3	Modelli CE e conto annuale 2006
3	Applicazione della normativa sui tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe	Atto deliberativi della GR entro il 31 marzo 2007	Modelli CE ed LA
4	Centralizzazione, budget e razionalizzazione acquisti beni e servizi .	Atti deliberativi della GR entro il 31 marzo 2007	Modelli CE - dati trimestrali
5	Maggiorazione delle entrate fiscali 2007-2010 .	Adozione provvedimento regionale	
6	Adozioni di provvedimenti finalizzati alla definizione dei nuovi standard qualitativi e quantitativi caratterizzanti la rete ospedaliera	Riclassificazione di 12 presidi ospedalieri da PSA ad Ospedali di comunità e/o riabilitazione (allegato 7)	Provvedimento regionale e modelli LA
7	Adozione dei provvedimenti per la definizione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale e approvazione del nuovo Piano Ospedaliero regionale	Analisi del fabbisogno e determinazione della dotazione di posti letto al 4,2%o circa con riequilibrio tra le varie province	Provvedimento regionale e flussi informativi SIS
8	Rimodulazione del Piano di edilizia sanitaria	Formulazione di un piano con concentrazione delle risorse su 4 poli di eccellenza	Rinegoziazione dell'Accordo
9	Adozione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale	Applicazione delle procedure di accreditamento sulle nuove realizzazioni e sulle strutture esistenti	Provvedimento regionale entro il 31 maggio 2007
10	Adozione dei provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero	Diminuzione progressiva tasso di ospedalizzazione per ricovero ordinario	Flussi informativi SIS
11	Interventi di razionalizzazione dei punti nascita, delle prestazioni dh collegate al percorso nascita e adeguamento tariffario dei DRG	Disattivazione dei punti nascita con n° di parti annuali < a 500. Modifiche tariffarie (allegato 4)	Flussi informativi SIS Interventi di razionalizzazione dei punti nascita, delle prestazioni dh collegate al percorso nascita e adeguamento tariffario dei DRG (in parte già adottato); completamento intervento entro il 30 giugno 2007

	Elenco interventi	Indicatori	Fonti di verifica
12	Promozione del nuovo modello assistenziale PACC	Trasferimento dal DH alla specialistica ambulatoriale di alcuni pacchetti di prestazioni (allegato 5)	Delibera G.R. entro 31 marzo 2007
13	Adozione dei provvedimenti per il rispetto del valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lunga degenza, nonché di riabilitazione non di alta specialità e adeguamento delle tariffe al DM 12 settembre 2006	Valori soglia non superiori a quelli previsti dall'Intesa SR del 23.03.05	Delibera Giunta regionale n. 401 del 9 marzo 2007
14	Adozione del piano di razionalizzazione della distribuzione e delle attività dei punti di soccorso territoriali e dei presidi di continuità assistenziale	Diminuzione dei punti e dei presidi con qualificazione delle attività (allegato 6)	Provvedimento regionale entro il 30 giugno 2007 e modelli LA
15	Adozione di provvedimenti per potenziare l'assistenza residenziale e semi-residenziale, nonché l'assistenza domiciliare integrata per gli anziani	Incremento della quota media pro capite per i relativi sottolivelli di assistenza	Provvedimenti regionali entro il 30 giugno 2007 e modelli LA
16	Accordi con i Comuni per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria	Numero di Accordi sottoscritti	Documentazione probatoria
17	Attivazione funzione hospice in almeno tre realtà regionali	Attivazione servizi	Modello LA
18	Attivazione dell'assistenza oncologica domiciliare sulla base di linee guida regionali	Linee guida regionali e n° di pazienti assistiti a domicilio	Provvedimento regionale di approvazione e documentazione attività dei servizi Adozione linee guida entro il 31 maggio 2007
19	Apertura al pubblico di farmacie ospedaliere e distrettuali	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata (allegato 8)	Adozione provvedimento entro il 31 marzo 2007. Modelli CE e LA
20	Obbligo progressivo, dopo una prima sperimentazione, per tutti i medici dipendenti e convenzionati al SSR, di prescrivere sulle ricette del SSN solo il principio attivo farmacologico, senza la specificazione del nome commerciale	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	Modelli CE e LA
21	Obbligo per il M.M.G. o il P.L.S., di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione.	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	Ricettari SSR
22	Potestà di prescrivere sul ricettario del SSN di norma solo per i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	Modelli CE e LA
23	Introduzione ticket farmaceutico e prezzo di riferimento	Riduzione della spesa farmaceutica convenzionata	Delibera regionale n. 2066 del 30 dicembre 2006 en. 294 del 28.2.07
24	Attivazione protocollo PRUO	Formazione dei valutatori PRUO e applicazione del sistema	Documentazione dell'avvenuta formazione dei valutatori ed applicazione del sistema entro 30 ottobre 2007.
25	Costituzione di nuclei di controllo di appropriatezza territoriali con coordinamento regionale	Provvedimento regionale su costituzione e funzionamento del sistema di controllo ed appropriatezza	Indicatori di appropriatezza desumibili dal SIS. Provvedimento regionale entro il 30 giugno 2007

	Elenco interventi	Indicatori	Fonti di verifica
26	Informatizzazione del sistema con controllo regionale	Report periodici	Miglioramento dei flussi informativi
27	Creazione del CUP regionale	Diminuzione delle liste di attesa	Documentazione probatoria

E. Sostenibilità economica e finanziaria

Al fine di proporre una proposta sostenibile dal punto di vista economico finanziario di seguito rappresentiamo uno scenario che si basa sui tendenziali sia di spesa, che di entrata, sia sulla manovra di risanamento regionale descritta più avanti.

	Importi in Milioni di Euro	IV trim 2006	2007	2008	2009
(1)	Fabbisogno FSN (ddl Fin.ria 2007 e accordo 9.11.06)	8.561	8.895	9.177	9.474
(2)	Saldo Mobilità Interregionale (da Riparto FSN)	-292	-300	-300	-300
(3)	Altri Fin.ti vincolati	146	146	146	146
(4)	Altri Proventi	19	19	19	19
(5)=(1)+(2)+(3)+(4)	RICAVI TOTALI	8.434	8.760	9.042	9.339
(6)	COSTI TENDENZIALI	9.157	10.289	10.754	11.236
(7)	IDEM, variazione % annua:		12,4%	4,5%	4,5%
(8)	meno Ammortamenti meno Oneri capitalizzati	52	48	48	48
(9)=(6)-(8)	Costi per "Tavolo di Monitoraggio"	9.105	10.241	10.706	11.188
(10)=(5)-(9)	Risultato di gestione per "Tavolo di Monitoraggio"	-672	-1.481	-1.664	-1.849
(11)	Abbattimento tariffe		47	32	34
(12)	Ticket in quota fissa di 10 Euro su specialistica		39	39	39
(13)	Ticket Pronto Soccorso e utilizzo appropriato specialità medicinali		5	5	5
(14)=(11)+(12)+(13)	Effetto manovre DDL Finanziaria 2007		91	76	78
(15)	Misure Regionali di Risparmio		821	1.069	1.305
(16)=(14)+(15)	TOTALE MANOVRA SUI COSTI ED ENTRATE		912	1.145	1.383
	Coperture:				
(17)	Incremento MAX Irpef e IRAP	218	218	218	218
(18)	Contributo per Affiancamento	384	355	302	248
(19)	IRPEF e IRAP (L.R. n. 23 e 24/2005: Euro 170 mln anno 2006)	170			
(20)=(17)+(18)+(19)	TOTALE COPERTURE	772	573	520	466
(21)=(10)+(16)+(20)	RISULTATO DI GESTIONE DOPO MANOVRE E COPERTURE	100	4	1	0

Descrizione degli interventi da realizzare e relativo crono programma

Di seguito è stato predisposto uno schema riassuntivo che va ad illustrare in dettaglio per ciascun intervento gli importi previsti, in termini di rientro della perdita o di aumento delle entrate, i tempi previsti e le scadenze per anno e per importo.

	Elenco interventi	Dettaglio tempi e/o importo		
		2007	2008	2009
1	Applicazione della DGRC n.1843/05 e successive modifiche ed integrazioni	Complessivo con interventi successivi	Complessivo con interventi successivi	Complessivo con interventi successivi
2	Contenimento delle assunzioni e delle indennità accessorie; Analisi dei costi per singola Azienda e predisposizione di un piano di allineamento entro il 31/03/07	229	347	390
3	Applicazione della normativa sui tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe NOTA all'azione concorrono i risparmi previsti dalle azioni 11, 13 e 16	258	286	336
4	Centralizzazione, budgetizzazione e razionalizzazione acquisti beni e servizi	124	213	345
5	Maggiorazione delle entrate fiscali 2007-2010	218	218	218
6	Adozioni di provvedimenti finalizzati alla definizione dei nuovi standard qualitativi e quantitativi caratterizzanti la rete ospedaliera	1° intervento già effettuato	Entro 31.6: 2° intervento	-
7	Adozione dei provvedimenti per la definizione degli standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale e approvazione del nuovo Piano Ospedaliero regionale	1° intervento già effettuato	Entro 31.6: 2° intervento	-
8	Rimodulazione del Piano di edilizia sanitaria	1° intervento già effettuato	31.7 2° stralcio	-

9	Adozione dei requisiti ulteriori per l'accreditamento istituzionale	1° intervento già effettuato	Entro 30.5: 2° intervento	-
10	Adozione dei provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero.	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi
11	Interventi di razionalizzazione dei punti nascita, delle prestazioni dh collegate al percorso nascita e adeguamento tariffario dei DRG	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi
12	Promozione del nuovo modello assistenziale PACC .	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi
13	Adozione dei provvedimenti per il rispetto del valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lunga degenza, nonché di riabilitazione non di alta specialità	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi
14	Adozione del piano di razionalizzazione della distribuzione e delle attività dei punti di soccorso territoriali e dei presidi di continuità assistenziale	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi	Effetto di risparmio ricompreso nei precedenti interventi
15	Adozione di provvedimenti per potenziare l'assistenza residenziale e semiresidenziale, nonché l'assistenza domiciliare integrata per gli anziani .	1° provvedimento entro il 31.05	2° provvedimento entro il 31.12	3° provvedimento entro il 31.12
16	Accordi con i Comuni per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria	-	-	-
17	Attivazione funzione hospice in almeno tre realtà regionali	-	1 H entro il 31.12	2 H entro il 31.12
18	Attivazione dell'assistenza oncologica domiciliare sulla base di linee guida regionali	Entro 30.5 linee guida e entro 31.12 attivazione servizio	Entro 31.12 implementazione servizio	
19	Apertura al pubblico di farmacie ospedaliere e distrettuali	Entro 31.12 1° step	Entro 31.12 2° step	Entro 31.12 3° step

20	Obbligo progressivo per tutti i medici dipendenti e convenzionati al SSR, in seguito ad una sperimentazione da effettuare presso la Na/5, di prescrivere sulle ricette del SSN solo il principio attivo farmacologico, senza la specificazione del nome commerciale.	Complessivo con intervento successivo	Complessivo con intervento successivo	Complessivo con intervento successivo
21	Obbligo per il M.M.G. o il P.L.S., di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione.	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
22	Potestà di prescrivere sul ricettario del SSN di norma solo per i Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta.	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
23	Farmaceutica convenzionata: introduzione ticket farmaceutico e prezzo di riferimento.	140	178	216
24	Attivazione protocollo PRUO	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
25	Costituzione di nuclei di controllo di appropriatezza territoriali con coordinamento regionale	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
26	Informatizzazione del sistema con controllo regionale	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
27	Creazione del CUP regionale	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo	Complessivo con l'intervento successivo
28	Contenimento costo Medicina di base	27	42	57
29	Riduzione Oneri finanziari in seguito all'ottenimento dei saldi FSN 2001, 2004, 2005 e dei contributi di affiancamento	18	39	57
30	Riduzione Oneri Straordinari per effetto del pagamento dei debiti pregressi e di una più ordinata gestione contabile delle AA.SS. (controllo di gestione e certificazione bilanci)	62	57	72
31	Accantonamenti su rischi e oneri (nella spesa accentrata): cautelativo rispetto agli obiettivi (sopra descritti) da assegnare alle singole aziende per le singole voci di spesa	49	-29	-112

32	Contenimento Imposte in proporzione al contenimento del costo del personale	5	13	21
	Totale manovra 2007-2009 (non include le entrate di cui all'intervento n. 5)	912	1.145	1.383

Per quanto riguarda gli interventi sopra prospettati a maggior effetto economico finanziario, nel ricordare quanto descritto negli allegati al presente piano, richiamati nel paragrafo D, si illustrano di seguito in dettaglio i processi delle azioni che si intendono realizzare con relativo crono programma riassuntivo.

a. Intervento 1 (Applicazione della DCRC n. 1843/05. Procedure di monitoraggio e verifica)

Il Piano di intervento dettagliato è contenuto nella citata DGRC 1843/05. Il monitoraggio dei dati di IV trimestre preconsuntivo 2006 ha riscontrato dati confortanti vicini all'obiettivo prefissato. Sulla base di tale monitoraggio sono stati individuati i tendenziali di cui alla tabella contenuta nel paragrafo E .Sostenibilità economica e finanziaria.

La regione, nell'ambito della manovra della DGR 1843 si impegna a raggiungere l'obiettivo di contenimento della spesa per beni e servizi, anche mediante gli interventi di potenziamento di cui al successivo punto d) e nella misura ivi indicata.

I flussi informativi esistenti a livello nazionale, e in particolare i dati trimestrali dei CE e i dati dei modelli LA, come trasmessi, secondo le scadenze previste, al Sistema informativo sanitario, costituiranno la principale fonte di verifica per il monitoraggio dell'andamento della spesa.

A questo scopo la Regione si impegna ad attuare entro il 30 giugno 2007 una revisione delle procedure contabili e amministrative delle aziende per le quali si siano manifestate criticità, ad adottare il nuovo piano dei conti, a definire le regole e le modalità per il consolidamento dei conti e dei bilanci aziendali, ad individuare indicatori da monitorare.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento di monitoraggio è individuata presso l'Assessorato alla sanità. I dati elementari e le loro elaborazioni conseguenti all'attività di verifica periodica degli andamenti, sono messi a disposizione di specifica struttura amministrativa presso l'assessorato al bilancio.

La Regione si impegna inoltre ad implementare ovvero potenziare tutti i flussi informativi utili per il controllo di gestione e ad eseguire i controlli con cadenza idonea ad un'efficace azione di verifica della gestione del Servizio sanitario regionale.

Tutti i flussi informativi sono a disposizione delle strutture amministrative regionali ed aziendali per il monitoraggio e le verifiche di propria competenza.

b. Intervento 2 (Riduzione del costo del personale)**Premessa**

La regione è tenuta a realizzare l'obiettivo previsto dall'articolo 1, comma 565, della legge finanziaria per l'anno 2007, tenendo conto anche degli effetti di trascinamento sull'anno 2007 e successivi delle economie imputabili alla regione Campania per effetto delle disposizioni recate dall'articolo 1, comma 98, della L. 311/2004, dai relativi accordi in materia nonché dal DPCM attuativo.

Obiettivi

Gli obiettivi di contenimento della spesa del personale in termini assoluti sono riportati nello schema che segue dove sono quantificati per i vari anni interessati rispettivamente :

- l'obiettivo di risparmio relativo al personale dipendente in linea la normativa vigente;
- l'obiettivo di spesa relativo al personale dipendente in linea con la normativa vigente;

Tali dati sono desunti sia dal Conto annuale che dai modelli CE

Obiettivi analoghi sono fissati per gli specialisti convenzionati per evitare che il blocco del turnover dei medici dipendenti sia aggirato attraverso un incremento delle ore di attività di tali professionisti .

I dati degli specialisti sono desunti dal modello CE.

Dati Conto Annuale Personale dipendente								
	2004			2005	2006	2007	2008	2009
	spesa complessiva	arretrati anni precedenti	al netto degli arretrati					
Personale a tempo indeterminato	2.153	111	2.042					
Restante personale	55		55					
IRAP	192	9	183					
Contributi a carico delle aziende	580	31	549					
Altre voci di spesa	68		68					
AOU Policlinico Federico II	91		91					
AOU Policlinico SUN	61		61					
	3.200	151	3.049					

Dati CE							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
Personale ruolo sanitario	2.292	2.432					

Personale ruolo professionale	15	16				
Personale ruolo tecnico	324	350				
Personale ruolo amministrativo	261	277				
AOU Policlinico Federico II	91					
AOU Policlinico SUN	54					
IRAP	205	225				
	3.097	3.299				
Effetti di risparmio L.F. 2005		19	51	42	42	42
Effetti di risparmio L.F. 2006			30			
Effetti di risparmio L.F. 2007				43	43	43
Obiettivo di risparmio in linea con la LF e la normativa vigente		19	81	85	85	85
Obiettivo di spesa in linea con la LF e la normativa vigente (comprensivo dell'IRAP)			3.283	3.346	3.402	3.460
Obiettivo di spesa in linea con la LF e la normativa vigente al netto dei rinnovi contrattuali (comprensivo dell'IRAP)			3.015	3.012	3.012	3.012
Tendenziale regionale (comprensivo dell'IRAP e dei rinnovi contrattuali)			3.319	3.604	3.768	3.939
Programmatico regionale (comprensivo dell'IRAP e dei rinnovi contrattuali)				3.366	3.412	3.460

	Dati CE Specialisti convenzionati					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Personale convenzionato (a tempo determinato + a tempo indeterminato)	130.856	163.331	163.331	163.331	163.331	160.064
IRAP	7.339	9.439	9.439	9.439	9.439	9.250
TOTALE PERSONALE	138.195	172.770	172.770	172.770	172.770	169.315
COSTO DEI RINNOVI		18.793	24.299	27.566	30.832	34.099
IRAP SU RINNOVI		1.061	1.385	1.571	1.757	1.944
Effetti di risparmio (in analogia con quanto previsto per il personale dipendente dalla L.F. 2006)			1.309			
Effetti di risparmio su irap(in analogia con quanto previsto per il personale dipendente dalla L.F. 2006)			73			

Effetti di risparmio (in analogia con quanto previsto per il personale dipendente dalla L.F. 2007)				1.832	1.832	1.832
Effetti di risparmio su irap(in analogia con quanto previsto per il personale dipendente dalla L.F. 2007)				103	103	103
Totale effetti di risparmio finanziarie(in analogia con quanto previsto per il personale dipendente dalle LL.FF.)			1.382	1.935	1.935	1.935
Totale costo del personale (al netto dei rinnovi)	138.195	152.916	147.086	143.633	140.180	133.272
Obiettivo di risparmio in linea con il DDLF e la normativa vigente			136.813	136.260	136.260	136.260

Strumenti e modalità utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi

a. Fermo restando quanto previsto per gli anni 2006-2008 dalla **DGR 1843/05**, secondo cui le assunzioni, previa attivazione delle procedure di mobilità interna, devono contenersi entro percentuali non superiori, per il personale infermieristico al 50 per cento all'anno delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno precedente e del 25% per il restante personale, con apposita delibera della giunta regionale verrà stabilito:

- per l'anno 2007 il blocco parziale delle assunzioni del personale a tempo indeterminato, nella misura , per il personale infermieristico del 75 delle cessazioni dal servizio verificatesi nel corso dell'anno precedente e del 90 per cento per il restante personale;
- per gli anni 2007, 2008 e 2009 il blocco totale delle assunzioni di personale a tempo determinato e con altre forme di lavoro flessibile.

b. Contestualmente sarà disciplinato con una delibera della Regione, da adottarsi entro il 31 marzo 2007, l'obbligo per le Aziende sanitarie, che vi provvedono entro il 30 aprile 2007, per la rideterminazione della consistenza organica del personale secondo le previsioni dell'art. 1 comma 565 della legge finanziaria 27 dicembre 2006, n.296 e la conseguente rideterminazione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa in coerenza sia con la riduzione della predetta consistenza organica che del blocco delle assunzioni di cui alla lettera a.

c. Inoltre al fine di rendere operative le misure previste dalla DGRC 1843/05 e cioè applicare, senza eccezioni:

- le misure massime di lavoro straordinario annuo consentite dai CCNL;
- contenimento delle prestazioni che prevedono indennità accessorie ai casi di effettiva necessità aziendale;
- limitazione nell'assegnazione dei nuovi incarichi di struttura complessa;

è stata analizzata nel dettaglio, Azienda per Azienda, la situazione specifica con ricostruzione dell'ammontare dei singoli fondi e la retribuzione unitaria media per singola categoria. E' stato poi predisposto un piano per ridurre entro il 30.6.07 al livello medio regionale sia i fondi che le retribuzioni unitarie delle aziende che superano tale importo (*vedi allegato 3*).

Intervento 2.a. Limitazione del turn-over

Il numero delle cessazioni nella Regione Campania previste per il 2007 - verificato sulla base delle cessazioni rilevate dal Conto annuale nell' anno 2005 al netto dei passaggi ad altre amministrazioni - è pari a circa 1.910 unità.

Il blocco delle assunzioni, come indicato al precedente punto a., al costo medio regionale 2005, pari a 55.460 euro, determinerà un risparmio di 90 milioni a regime, per quello che concerne il personale a tempo indeterminato, e circa 65 milioni di euro per quel che riguarda il restante personale, per un totale di circa 155 milioni di euro a regime. Per tener conto della diversa distribuzione delle cessazioni nell'arco del 2007 tale risparmio va considerato per l'anno 2007 nella percentuale del 50%.

L'effetto di risparmio sul costo del personale negli anni 2007-2009 tiene conto:

- dell'effetto a regime dei risparmi derivanti dal blocco parziale del turn-over del 2006;
- dell'incremento del costo medio regionale nella misura del 2% annuo per effetto della stima dei rinnovi contrattuali.

La metodologia di calcolo è evidenziata dalla seguente tabella.

Cessazioni personale a tempo indeterminato anno 2007	2007	2008	2009
Infermieri	677	677	677
Restante personale	1.233	1.233	1.233
Totale unità cessate da non sostituire	1.617	1.617	1.617
Costo medio €	55.460	56.569	57.700
Risparmio blocco parziale assunzioni anno 2007 personale a tempo indeterminato (mln €)	90	91	93
Costo del restante personale per il triennio	65	65	65
Totale risparmio a regime	155	156	158
Effetti di risparmio dell'anno	77	156	158
Effetti nell'anno degli interventi previsti dalla DGR 1843/05	70	105	142
Effetti di risparmio nell'anno	147	261	300

Intervento 2.b - Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa in linea con la riduzione della consistenze organiche

Sulla base delle disposizioni di cui dell'art. 1, comma 565, della legge finanziaria 2007, sarà rivista la consistenza organica del personale fissandola al valore numerico del personale in servizio al 31.12.2006 con conseguente rideterminazione in riduzione dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa in misura tale da conseguire comunque i risparmi non inferiori ai valori riportati nella tabella seguente fermo restando gli ulteriori risparmi da realizzare sui suddetti fondi in applicazione delle misure di cui ai punti 2.a e 2.c. A tal fine sarà adottata una delibera, entro il 31 marzo 2007, che, fisserà per ogni azienda sanitaria gli obiettivi di risparmio da perseguire.

	2007	2008	2009
Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa in linea con la riduzione della consistenze organiche	16	18	20

Intervento 2.c – Riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto alla media regionale

Già dall'anno 2006 – in coerenza con gli interventi previsti dalla DGRC 1843/05 e riassunti nel punto b del paragrafo precedente, è stata analizzata nel dettaglio, Azienda per Azienda, la situazione specifica con ricostruzione dell'ammontare dei singoli fondi e la retribuzione unitaria media per singola categoria. È stato poi predisposto un piano per ridurre al livello medio regionale sia i fondi che le retribuzioni unitarie delle aziende che superano tale importo più analiticamente esposto nell'allegato 3. che costituisce obiettivo imprescindibile di risparmio per ciascuna azienda sanitaria con riferimento alle singole categorie di personale interessate. Al fine del conseguimento dei suddetti risparmi sarà adottata una delibera, entro il 31 marzo 2007, che, fisserà per ogni azienda sanitaria gli obiettivi di risparmio da perseguire. Da tale manovra deriva una riduzione di costo pari a 66 milioni per l'anno 2007 che in termini di media procapite è pari ad € 1.170. Per effetto di un modesto effetto di trascinarsi per gli anni 2008 e 2009 la riduzione di costo stimato è pari rispettivamente a 68 e 70 milioni.

	2007	2008	2009
Riallineamento delle risorse per le competenze accessorie della dirigenza e del comparto alla media regionale	66	68	70

Nella tabella che segue sono riportati sinteticamente gli effetti complessivi degli interventi descritti in rapporto agli obiettivi di riduzione dei costi tendenziali.

		2007	2008	2009
Intervento 2.a	Blocco turn-over anno 2007	147	261	300
Intervento 2.b	Riduzione dei fondi della contrattazione integrativa in linea con la riduzione della consistenze organiche	16	18	20
Intervento 2.c	Riallineamento risorse competenze accessorie alla media regionale	66	68	70
Totale interventi (in mln di €)		229	347	390

Modalità di verifica

Al fine della verifica dell'obiettivo di contenimento della spesa del personale, previsto nel presente piano di rientro, in coerenza con la normativa nazionale vigente di settore, è predisposta una rilevazione mediante la compilazione di due tabelle da effettuarsi da parte di ciascuna azienda ed ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e da parte della Regione per il riepilogativo regionale:

- **Tabella 1** con la quale deve essere rilevata la situazione di organico e di spesa complessiva del personale dell'anno 2004, anno di riferimento dell'obiettivo di contenimento di detta spesa.

Ogni tabella 1, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il 30 aprile 2007.

- **Tabella 2** con la quale deve essere rilevata, per ogni trimestre e a consuntivo di ciascuno degli anni 2007, 2008 e 2009, la situazione di consistenza organica (personale effettivamente in servizio) e di spesa complessiva. Ogni tabella 2, debitamente compilata da ciascuna azienda ed ente del SSR e dalla Regione per il riepilogativo regionale, sarà inviata dalla Regione al Ministero dell'economia e finanze e al Ministero della salute entro il mese successivo alla scadenza del trimestre di riferimento ed entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento per il consuntivo.

Al fine di rendere coerente tale rilevazione con gli analoghi dati inviati dalle aziende per il conto annuale e per il monitoraggio trimestrale, la compilazione delle tabelle deve fare riferimento ai criteri di competenza economica e alle istruzioni relative al conto stesso, salvo quanto specificato di seguito.

I valori di spesa relativi sia all'anno 2004 (Tabella 1) sia a ciascuno dei periodi oggetto di rilevazione per gli anni, 2007, 2008 e 2009 (Tabella 2) non devono contenere eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per il rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Tali arretrati devono essere considerati comprensivi dei contributi a carico dell'amministrazione e dell'IRAP.

Inoltre nella Tabella 2 è prevista la colonna (9) nella quale deve essere indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004. Tale colonna si rende necessaria al fine di valutare il totale delle spesa di personale al netto di detti oneri, così come previsto dal piano di rientro.

Nelle suddette tabelle è inoltre prevista la rilevazione dei rimborsi relativi alla cosiddetta "indennità De Maria".

Nelle suddette tabelle, in relazione all'ulteriore obiettivo di contenimento della spesa prefissato dalla Regione nel piano di rientro, sono inoltre rilevati i costi relativi ai medici specialisti convenzionati con il SSN di cui all'articolo 8, comma 8 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Gli importi di spesa devono essere espressi in migliaia di euro.

Macrocategorie di personale

Personale a tempo indeterminato:

Per le spese per competenze fisse e accessorie di tali categorie di personale si fa riferimento rispettivamente alle tabelle 12 e 13 del conto annuale.

Per la consistenza del personale si fa riferimento alle unità presenti al termine del periodo considerato.

▪ **Medici**

Vanno rilevati i dirigenti appartenenti alle categorie dei medici, veterinari ed odontoiatri a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

▪ **Dirigenti non medici**

Vanno rilevati i dirigenti non medici dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo, a tempo indeterminato nonché quelli a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

▪ **Personale non dirigente**

Va rilevato il personale dipendente a tempo indeterminato destinatario dei CCNL del “comparto sanità”.

▪ **Personale contrattista**

Va rilevato il personale a tempo indeterminato con contratto di lavoro del settore privato (ad esempio con contratto di lavoro dei chimici, metalmeccanici, operai del settore agricolo, ecc.) nonché gli ex medici condotti nei cui confronti trovano applicazione l’art. 48 del CCNL 3 novembre 2005 e l’art. 4 del CCNL 5 luglio 2006 dell’area della dirigenza medico-veterinaria.

Personale a tempo determinato

Va indicato il totale delle spese per competenze fisse e accessorie facendo riferimento alla tabella 14 – codice P015 del conto annuale.

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a personale dipendente (dirigente e non dirigente) con contratto di lavoro a tempo determinato stipulato in applicazione delle vigenti norme contrattuali disciplinanti tali tipologie di rapporto di lavoro. In tale categoria non vanno indicati i dirigenti medici e non medici a tempo determinato ex art. 15 septies, del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni.

Restante personale

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo al personale appartenente alle seguenti categorie:

- Personale con contratto di formazione e lavoro (riferimento tabella 14 – codice P016 del conto annuale);
- Personale addetto ai L.S.U. (riferimento tabella 14 – codice P065 del conto annuale);
- Personale con contratto di fornitura di lavoro temporaneo – interinale (riferimento tabella 14 – codice P062 + codice L105 del conto annuale);
- Personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa e con convenzioni (riferimento tabella 14 – codice L108 del conto annuale).

Rimborsi per “Indennità De Maria”

Vanno indicati i rimborsi effettuati dalle aziende sanitarie alle università per la corresponsione dell’indennità di perequazione tra personale universitario, docente e non docente e personale del comparto sanità (cosiddetta “indennità De Maria”). Riferimento tabella 14 – codice P071 per la quota parte di rimborsi riguardante la suddetta indennità. Nel caso in cui tali rimborsi vengano effettuati direttamente dalla regione all’università il dato sarà comunicato dalla regione medesima all’interno del riepilogativo regionale

Specialisti convenzionati con il SSN

Va rilevato esclusivamente il dato di spesa relativo a medici specialisti convenzionati con il SSN di cui all'articolo 8, comma 8 del D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni. Tali spese non sono rilevate nel conto annuale.

Spese**Spesa per competenze fisse**

Con riferimento a ciascuna categoria va indicato per il periodo di riferimento il totale complessivo degli emolumenti fissi relativi a stipendio, R.I.A., 13^a mensilità (nel trimestre in cui viene corrisposta) al netto dei recuperi derivanti da assenze, ritardi, scioperi, ecc. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Spesa per competenze accessorie

Va indicato il totale delle competenze accessorie sostenute nel periodo di rilevazione. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Contributi a carico dell'ente

Va riportato il complesso dei contributi a carico dell'Ente (compresi eventuali premi per assicurazione INAIL). Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

IRAP

Vanno riportate le spese con riferimento all'IRAP relativamente alle competenze fisse ed accessorie. Vanno comunque esclusi eventuali oneri per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovi contrattuali.

Altre voci di spesa

Vanno riportate le spese con riferimento a:

- assegni per il nucleo familiare;
- gestione mense e buoni pasto;
- equo indennizzo.

Oneri derivanti dai rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004

Con riferimento alla Tabella 2, va indicata la quota parte delle spese di competenza del periodo di riferimento derivanti dal rinnovo dei Contratti collettivi nazionali del lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004, comprensivi dei contributi a carico dell'azienda e IRAP.

Tabella 1

Denominazione regione								
Denominazione azienda/ente								
Periodo di rilevazione								
<i>(valori in migliaia di euro)</i>	Totale presenti al 31/12/2004. (1)	Spese per competenze fisse (2)	Spese per competenze accessorie (3)	Totale spese fisse + accessorie (4) = (2) + (3)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)
Personale dipendente a tempo indeterminato								
- Medici								
- Dirigenti non medici								
- Personale non dirigente								
- Personale contrattista								
Personale a tempo determinato								
Restante personale								
Totale								
<i>(valori in migliaia di euro)</i>	Totale presenti al 31/12/2004. (1)	ore di incarico (2-bis)		Totale spese fisse + accessorie (4)	IRAP (5)	Spese per contributi a carico dell'azienda (6)	Altre voci di spesa (7)	Totale (8) = (4) + (5) + (6) + (7)
Specialisti convenzionati con il SSN								
<i>(valori in migliaia di euro)</i>								Totale rimborsi
Indennità De Maria								
Totale complessivo								

c. Intervento 3 (Applicazione della normativa sui tetti di spesa e rimodulazione di alcune tariffe)

- i. Nel 2006 con la delibera n. 800 sono stati determinati i volumi di attività massima e i correlati limiti di spesa per il comparto accreditato. La citata delibera, già trasmessa ai Ministeri interessati, ha previsto che le Aziende Sanitarie Locali, sulla base della programmazione effettuata per l'esercizio 2006, riepilogata negli allegati n. 3 (tipologia e volumi di prestazioni sanitarie) e n. 4 (costo delle medesime prestazioni, previsto dalle aziende sanitarie), e degli obiettivi di contenimento dei costi fissati dall'art. 3 della L.R. n. 24 del 28.12.05 e dalla DGRC n. 1843 del 9 dicembre 2005 per ciascuna azienda e per ciascuna voce di costo, con effetto dal 1 gennaio 2006 devono provvedere, nell'ambito dei limiti di spesa assegnati e con le modalità tecniche prescritte, ad applicare ai soggetti accreditati (ospedali classificati, case di cura, laboratori, centri di riabilitazione ed altri centri privati) i limiti di spesa per macroarea, branca e/o tipologia di prestazioni in quantità e costo con le modalità stabilite dalla citata delibera, nonché ad applicare le regressioni tariffarie necessarie per l'osservanza dei limiti complessivi di spesa, con i criteri fissati dall'allegato n. 3 alla DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 (Regressione Tariffaria Unica – R.T.U.).
- ii. La Regione si impegna ad emanare entro il 31 marzo 2007 la delibera di giunta che fissa i tetti di spesa per gli esercizi 2007, 2008 e 2009 in conformità ai valori programmati come indicati nel presente piano, disaggregati per singola azienda sanitaria e per macroarea di assistenza. La medesima delibera fissa al 30 aprile 2007 la data entro la quale le aziende sanitarie locali devono dare attuazione dettagliata ai tetti di spesa fissati dalla giunta regionale, stipulando i relativi Accordi con le locali Associazioni di categoria degli erogatori privati provvisoriamente accreditati e con i singoli erogatori privati. Qualora singole Associazioni di categoria o singoli operatori non aderiscano all'Accordo, la ASL territorialmente competente notificherà all'Associazione e/o agli erogatori non sottoscrittori gli Accordi da sottoscrivere. Se entro il termine di 15 giorni dalla notifica l'erogatore non sottoscrive l'Accordo cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale.
La regione fissa i tetti di spesa per le prestazioni acquistate dal comparto accreditato in 1.825 mln di euro per l'anno 2007, 1.905 mln di euro per l'anno 2008 e 1966 mln di euro per l'anno 2009.
- iii. La Regione si impegna ad adottare procedimenti volti al controllo infrannuale delle prestazioni erogate dalle strutture private per conto del Servizio sanitario regionale. A tal fine la Regione proceduralizza il processo di determinazione, comunicazione e monitoraggio dei budget delle singole strutture erogatrici private. La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso l'Assessorato alla sanità.
Alle strutture erogatrici private la Regione richiede una rendicontazione mensile delle prestazioni effettuate e del corrispondente costo, da inoltrare alle ASL entro il giorno 10 del mese successivo a quello di riferimento. Le ASL mensilmente inviano le rendicontazioni entro il giorno 25 del mese successivo a quello di riferimento alla struttura amministrativa regionale. La rendicontazione è prodotta sia in forma cartacea, sia su supporto informatico, secondo un formato standardizzato, predisposto dalla struttura amministrativa. La Regione si impegna ad implementare un procedimento che consenta il monitoraggio mensile delle prestazioni erogate. I dati relativi ai budget e alle rendicontazioni, per singola struttura erogatrice, sono messi a disposizione dalla struttura amministrativa in un *data base* consultabile dalle aziende, dagli Assessorati alla sanità e al Bilancio e dal Nucleo di affiancamento. La struttura amministrativa verifica che le ASL, con periodicità almeno bimestralmente, comunichino alle strutture erogatrici il livello di budget raggiunto e il livello ancora disponibile.

- iv. Con la delibera di recepimento del presente Piano si provvede al recepimento del DM 12 settembre 2006.

d. Intervento 4 (Centralizzazione, budgetizzazione e razionalizzazione acquisti beni e servizi)

È necessario che l'attività contrattuale delle Aziende si svolga nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità, perseguendo costantemente gli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità; in altre parole si punta sul concetto di legalità e trasparenza che in ambiti a forte presenza di criminalità organizzata, come quelli presenti in molte parti del territorio campano, già di per sé è un fattore di contenimento della relativa spesa.

Utilizzare *la legalità come risorsa* è una delle azioni di contrasto all'inefficienza, da cui derivano costi altissimi per le aziende pubbliche. Il controllo di legalità esercitato attraverso la definizione di regole e di modalità operative dell'organizzazione limita le eventuali possibilità di movimento del singolo. Che le gare per l'acquisizione di beni di consumo e di attrezzature si svolgano secondo le norme dettate dalle leggi in vigore, anziché procedere attraverso trattative private o proroghe dei contratti in essere è, ad esempio, una risorsa importante per l'aumento del potere contrattuale dell'azienda, che si traduce in risorse economiche risparmiate.

Con riferimento agli acquisti di beni e di servizi, fermi restando gli obblighi di bilancio posti alle aziende con la DGRC 1843/05, si rende necessario, per conferire strutturalità alla manovra sulla spesa, avviare o completare le seguenti procedure.

- i. La Regione si impegna ad adottare entro il 31 marzo 2007 una delibera di giunta regionale, finalizzata:
 - all'estensione dell'esclusiva a SORESA Spa dell'acquisto anche dei servizi non sanitari e dei beni non sanitari;
 - alla fissazione dell'obbligo per le ASL/AO di aderire ai contratti stipulati dalla SORESA;
 - alla previsione della sanzione della decadenza per i direttori generali che contravvengono all'obbligo di cui al precedente punto;
 - al divieto per le aziende di indire nuove gare con riferimento alle categorie merceologiche di cui al punto vi.
- ii. La Regione si impegna, altresì, a potenziare la struttura amministrativa di Soresa entro il 30 aprile 2007, anche mediante un supporto esterno da indicarsi dal Ministero dell'economia e delle finanze.
- iii. Entro il 30 aprile 2007 viene predisposta la piattaforma informatica e la modulistica di rilevazione delle richieste di acquisto da parte di ASL/AO.
- iv. Entro il 15 maggio 2007 viene completata la trasmissione a Soresa da parte di ASL/AO/IRCCS e Policlinici delle informazioni inerenti:
 - monitoraggio delle gare in corso
 - monitoraggio delle gare programmate
 - valutazione delle giacenze di magazzino
 - programmazione degli acquisti delle aziende sanitarie per il periodo 2007-2008.
- v. Entro il 31 marzo 2007 sono istituiti i comitati di referenti delle aziende sanitarie per l'omogeneizzazione delle gare.
- vi. Entro il 31 maggio 2007 la SORESA procede alla pubblicazione delle gare centralizzate per le seguenti categorie di acquisti:
 - reagenti chimici
 - presidi chirurgici e materiale sanitario
 - farmaci

- materiale diagnostico e dispositivi medici
- macchinari e attrezzature di valore unitario superiore a 750.000 €;
- vii. Entro il 31 dicembre 2007 la SORESA procede alla pubblicazione delle gare centralizzate per ulteriori categorie merceologiche, in particolare mensa, gestione del calore; pulizia e lavano.
- viii. A decorrere dal 30 giugno 2008 la SORESA procede all'indizione delle gare centralizzate per le restanti categorie merceologiche.

Dagli interventi derivano risparmi non inferiori a 124 mln di euro per l'anno 2007, 212 mln di euro per l'anno 2008 e 345 mln di euro per l'anno 2009.

Crono programma riassuntivo intervento 4

		MESI																																							
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36				
Fase 1 – Programmazione organizzazione e razionalizzazione	Azioni																																								
	Budgetizzazione																																								
	Trasparenza e legalità																																								
	Estensione esclusiva Soresa																																								
	Obbligo adesione contratti Soresa																																								
	Sanzioni DD.GG.																																								
	Divieto per AA.SS indire nuove gare																																								
	Istituzione comitato dei referenti delle AA.SS.																																								
	Potenziamento struttura amministrativa Soresa																																								
	Predisposizione piattaforma informatica																																								
	Monitoraggio gare in corso																																								
	Monitoraggio gare programmate																																								
	Valutazione giacenze magazzini																																								
	Programmazione acquisti 2007-2008																																								
Fase 2 - Centralizzazione	Azioni																																								
	Pubblicazione gare beni sanitari																																								
	Pubblicazione gare servizi non sanitari																																								
	Pubblicazione gare restanti beni e servizi																																								

e. Interventi 6-7-8-9-10-11-12-13-14 (Ristrutturazione, riqualificazione della rete ospedaliera e riduzione delle prestazioni ed i ricoveri inappropriati) vedi anche allegati 3,4,5, 6 e 7.

Con riferimento a quanto previsto sub d) dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la Regione Campania è impegnata ad attuare le seguenti misure:

a) con L.R. n. 24/2006, che ha approvato il nuovo Piano Ospedaliero, è stato previsto uno standard di posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, pari a circa 4,20 posti letto per mille abitanti, comprensivi della riabilitazione e della lungo degenza post acuzie, adeguando coerentemente le consistenze organiche dei presidi ospedalieri pubblici.

b) adottare, entro il 31 marzo 2007, i provvedimenti per promuovere il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno ed il potenziamento di forme alternative al ricovero ospedaliero, con il conseguimento di una riduzione dell'assistenza ospedaliera erogata, garantendo, entro l'anno 2008, il mantenimento dei tassi di ospedalizzazione per ricoveri ordinari e per ricoveri in regime diurno entro il 180 per mille abitanti residenti, di cui quelli in regime diurno di norma almeno pari o superiore al 20%, precisando che gli obiettivi intermedi sono rispettivamente :

- per l'anno 2007: 195 per mille.

c) adottare contestualmente alla data di approvazione della delibera che recepisce il presente Piano, nella definizione delle tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera, i provvedimenti necessari per assicurare per tutte le strutture pubbliche e private il rispetto di un valore soglia di durata della degenza per i ricoveri ordinari nei reparti di lungo degenza, nonché di riabilitazione non di alta specialità, oltre il quale si applica una significativa riduzione della tariffa giornaliera, fatta salva la garanzia della continuità dell'assistenza. In fase di prima applicazione, il valore soglia è fissato in un massimo di 60 giorni di degenza, con una riduzione della tariffa giornaliera piena almeno pari a quanto previsto dall'art. 2, commi 3 e 4 del Decreto Ministero Salute n. 234 del 12.09.06;

d) procedere entro il 30.04.07 nella predisposizione, sulla base dei criteri indicati nel Piano Ospedaliero Regionale (LR n. 24/06) e nell'art 21, comma 3 della LR n. 1/07 (finanziaria regionale 2007) di schede per ciascuno degli stabilimenti ospedalieri attualmente attivi con proposte di riorganizzazione, riconversione, riallocazione e/o dismissione, ovvero di concentrazione di funzioni specifiche come quelle relative alle attività di emergenza e di pronto soccorso;

1. I criteri sopra citati fanno riferimento in particolare ai dati di attività indicati nel capitolo 7.1, punto 6), lettera c) dell'Allegato al POR:

- numero di posti letto;
- numero di ricoveri annuo per acuti;
- numero di prestazioni di pronto soccorso/anno effettuate;
- livello di efficienza gestionale ovvero livelli di produttività in particolare per quanto riguarda l'incidenza dei costi sui ricavi;

nonché degli altri criteri di seguito specificati:

- indice di occupazione posti letto (capitolo 4.1, lettera A) dell'Allegato al POR);
- allocazione, di norma, in un unico stabile ospedaliero delle funzioni di Alta specialità nella rete per l'emergenza (capitolo 7.1, punto 5), dell'Allegato al POR;
- verifica del possesso dei requisiti tecnologici, strutturali ed organizzativi previsti dalle normative nazionali e regionali (capitolo 7.1, punto 6), lettera a) dell'Allegato al POR);
- caratteristiche geomorfologiche del territorio (capitolo 7.1, punto 6), lettera b), paragrafo i) dell'Allegato al POR);
- localizzazione dell'ospedale (capitolo 7.1, punto 6), lettera b), paragrafo ii) dell'Allegato al POR);
- bacini di utenza e densità abitativa (capitolo 7.1, punto 6), lettera b), paragrafo iii) dell'Allegato al POR);

- valutazione della capacità operativa delle singole strutture, sulla base del numero dei posti letto, delle risorse umane disponibili, delle caratteristiche qualitative e quantitative delle apparecchiature, della produttività dimostrata negli anni (art. 21, comma 3, LR n. 1/07);

2. Sulla base dell'analisi dei criteri di cui sopra si valuteranno per ogni soggetto erogatore pubblico, gli obiettivi di produttività, calcolati in prestazioni in base ai tariffari vigenti, che non possono essere inferiori in termini di fatturato, per il 2006, al 40% dei costi complessivi, per il 2007 al 60%, per il 2008 all'80% e per il 2009 al 90% e, in termini di posti letto non inferiori a 120, fatti salvi interventi specifici per i presidi delle isole. A regime la copertura media a livello regionale tra ricavi e costi deve comunque essere pari al 100%.

3. In caso di mancato raggiungimento degli obiettivi di produttività indicati e/o non rispetto degli altri criteri individuati nel precedente punto 2, il DG dell'Azienda interessata provvede entro il 30.05.07, trasmettendolo contestualmente entro la medesima data al Comitato Tecnico Provinciale, di cui all'art. 2 della LR 24/06, competente per territorio, ad approvare un piano che preveda la riconversione o dismissione dei presidi ovvero la rideterminazione delle risorse, sulla base della effettiva produttività realizzata, procedendo al concentramento e all'unificazione di funzioni e a riallocare le risorse umane eccedenti a funzioni carenti che sono soprattutto quelle territoriali, in particolare nell'area di assistenza domiciliare integrata, assistenza residenziale e semiresidenziale extraospedaliera e nella rete oncologica regionale di cui al capitolo 7.3 dell'Allegato al POR.

4. Il piano di cui al precedente punto 3 è valutato entro il 15.06.07 dal Coordinamento Tecnico Provinciale competente per territorio che provvede a trasmetterlo contestualmente entro la medesima data alla Giunta Regionale che entro il termine dei successivi 15 giorni lo approva e lo invia al Consiglio Regionale agli effetti di quanto previsto dall'art. 1, comma 3 della LR 24/06.

5. Il Consiglio Regionale si pronuncia entro il termine perentorio dei trenta giorni successivi decorsi i quali la pronuncia si intende favorevole ai sensi dell'art. 1, comma 3 della citata LR 24/06.

6. La verifica dell'andamento degli obiettivi di produttività viene effettuata in prima applicazione a aprile 2007 per l'anno 2006, e, successivamente, a settembre di ogni anno di riferimento, rispettivamente 2007, 2008 e 2009. La descrizione della situazione storica dal 2003 al 2005 è illustrata nell'*Allegato 7*.

7. Sulla base della descrizione di cui al precedente punto 6, correlata dagli indicatori di cui al punto d)1., entro il 30.05.07 saranno predisposte dalla Giunta Regionale, tenendo conto dei dati tecnici forniti dall'Arsan, delle schede specifiche per ciascuno degli stabilimenti ospedalieri, indipendentemente dall'eventuale o meno accorpamento in unico presidio ospedaliero riunito, che costituiranno la base per le proposte di riconversione, dismissione o riorganizzazione degli stessi.

e) integrare entro il 30.06.07, sulla base di quanto indicato al punto d) precedente, il nuovo piano ospedaliero regionale ed entro il 31.07.07 approvare la rimodulazione conseguente del piano di edilizia sanitaria di cui all'art. 20 della l. 68/84 e successive modifiche ed integrazioni, che preveda comunque la ristrutturazione delle rete dell'emergenza nel senso di un superamento completo dei pronto soccorso attivi (PSA) e con la riconversione degli stessi prevalentemente in ospedali di comunità, di riabilitazione, di elezione, RSA e la contestuale ridefinizione e riclassificazione dei presidi secondo le linee descritte nel documento di cui all'*Allegato 6* elaborate dal comitato emergenza, ex art. 43 LR n. 32/94 e le indicazioni contenute nel capitolo 4.2.3 dell'Allegato al POR. Per il finanziamento della riconversione e riorganizzazione delle strutture non coperte dalle somme messe a disposizione dall'art.20 L. 67/88, si utilizzeranno risorse regionali derivanti dall'alienazione di alcune di tali strutture o da interventi di project financing.

f) realizzare le riconversioni e dismissioni rese necessarie dall'applicazione dei criteri e della metodologia degli interventi pluriennali indicati nei precedenti punti d) ed e) rispettivamente:

- entro il 30 novembre per l'anno 2007;
- entro il 31 luglio per l'anno 2008;
- entro il 30 giugno per l'anno 2009.

g.) In relazione, poi, al tema dell'appropriatezza nonostante diverse iniziative siano state prese (vedi LR n. 2/06 su parto fisiologico), è opportuno intraprendere una serie di misure come disattivare i punti nascita con un numero di parti inferiori ai 500 [vedi *Allegato 4*], classificare i punti nascita rimanenti in vari gradi di complessità sulla base della casistica trattata e conseguentemente stabilire delle soglie accettabili di tagli cesarei, modificando al ribasso le tariffe delle prestazioni inappropriate in modo da stimolare, anche economicamente, comportamenti virtuosi.

h) Inoltre particolare attenzione sarà posta su alcuni interventi come il trasferimento di una quota di prestazioni di DH medico diagnostico dal livello ospedaliero a quello territoriale ambulatoriale, benché erogabile anche all'interno dell'ospedale, stabilendo un nuovo modello assistenziale, definibile come PACC (Percorsi ambulatoriali complessi e coordinati) che pure se erogati in un livello assistenziale territoriale mantengano le caratteristiche della presa in carico tipiche del modello di day hospital (vedi *Allegato 5*). In tale allegato sono illustrate le modalità e e la procedura di calcolo dei risparmi ipotizzati con fonti di verifica e dati utilizzati. Entro 15 giorni dalla data di sottoscrizione dell'Accordo che recepisce il presente Piano sarà approvata una Delibera di Giunta Regionale contenente disposizioni applicative del presente punto.

Il processo di riqualificazione, riorganizzazione e riconversione sopra illustrato determinerà un impatto progressivo nel tempo anche di tipo economico nel senso di una razionalizzazione delle risorse che sono difficilmente quantificabili in modo analitico in quanto impattano su una serie di fattori produttivi già quantificati in termini di risparmio in altri sezioni del Piano di rientro: personale, beni di consumo, servizi ecc.

Pertanto si può solo valutare il differenziale medio dei costi tra un posto letto in un ospedale per acuti e un posto letto in una RSA o presidio di riabilitazione o lunga degenza.

In tal senso alcune considerazioni di impatto possono essere avanzate. Infatti il costo medio annuo di un posto letto in ospedale per acuti in Italia (dati provvisori dei costi desumibili dal modello LA anno 2004) è stato pari a circa 156.000 euro, mentre in Campania è stato di 200.000 euro circa.

Il costo annuo di un posto letto in RSA, (valutato da esperienze di altre Regioni italiane, es. Puglia) è invece circa il 30% di quello di un posto letto per acuti mentre quello di riabilitazione/lungodegenza si può stimare mediamente in un 65% circa

Sulla base dei principi programmatici indicati nel presente Piano di rientro in Regione Campania lo spostamento di posti letto per acuti in RSA è valutabile intorno ai 1000 posti letto e quelli in riabilitazione/lungodegenza in circa 900. Pertanto su 1000 posti letto trasformati in RSA il risparmio potenziale è pari a circa 140 Meuro, mentre su 900 posti letto trasformati in R/L il risparmio potenziale è quantificabile in circa 60 Meuro. La dinamica razionalizzatrice è prevedibile che coinvolga alla fine del 2007 il 20% delle strutture individuate mentre nel 2008 e 2009 rispettivamente, per ciascun anno il 40%. Pertanto nel 2007 l'impatto sui costi sarà limitato mentre nel 2008 si potrà assestare a 120 Meuro circa e nel 2009 a 200 Meuro circa (cumulato con il 2008).

ooooo

Un esempio già avviato di possibile intervento di riconversione e riqualificazione della rete ospedaliera è quello relativo al nuovo "Ospedale del Mare" ubicato nell'area orientale di Napoli che si descrive nella seguente scheda tecnica.

NUOVO OSPEDALE DELL'AREA ORIENTALE DI NAPOLI

"OSPEDALE DEL MARE"

I. DATI GENERALI

L'Ospedale del Mare è una struttura ospedaliera che si caratterizza per l'elevata complessità tecnologica; avrà una dotazione complessiva di 500 posti letto, di cui 450 nell'edificio ospedaliero e 50, per low care.

Alla costruzione del nuovo Ospedale corrisponderà la dismissione di tre presidi ospedalieri del centro storico della città (Ascalesi, Annunziata e Loreto Mare), le cui funzioni confluiranno nella nuova struttura. Il bacino d'utenza sarà rappresentato non solo da cittadini di Napoli, ma soddisferà anche i bisogni sanitari presenti nei territori delle ASL confinanti caratterizzati, da sempre, da un basso tasso di posti letto per abitanti. Attualmente i tre presidi da dimettere soddisfano un bacino di utenza di circa 300.000 abitanti; la localizzazione periferica dell'Ospedale del Mare insieme con l'elevata qualità e specializzazione dell'offerta portano a ritenere che il bacino d'utenza della nuova struttura sia pari circa a 600.000 abitanti. Altresì, è prevista la riconversione degli ospedali dismessi a strutture sanitarie atte a soddisfare specifici obiettivi di salute e riqualificare la rete dei servizi territoriali della città di Napoli.

I dati di sintesi DEL PROGETTO SONO I SEGUENTI:

1. DIMENSIONAMENTO

450 p.l. nell'ospedale e 50 nella struttura alberghiera *low-care* (gestione del privato).

2. COSTO E FINANZIAMENTO

FONTI DI FINANZIAMENTO	IMPORTO	
Accordo di programma art 20 L.67/88	€60.425.457,19	
Progr. "grandi città" ex art. 71 L448/98	€58.927.732,19	
Totale a carico dello Stato	€119.353.189,38	57%
Totale a carico del privato	€91.286.525,97	43%
A. COSTO COMPLESSIVO	€210.639.715,35	100%
COSTO A PL (A/450)	€468.086	

3. QUADRO ECONOMICO DEL PROGETTO PRELIMINARE

VOCE DI COSTO	IMPORTO	
Lavori	€128.000.000	61%
Apparecchiature ed arredi	€35.000.000	17%
Somme a disposizione (*)	€47.000.000	22%

(*)imprevisti, esproprio, comp. Tecniche, IVA

2. Le procedure

L'intervento viene eseguito mediante concessione ai sensi dell'art. 19 comma 2 L. 109/94.

2.a. Con Delibera della Giunta della Regione Campania n. 4075/2002 l'ASL NA 1 è stata delegata a porre in essere tutte le procedure e gli adempimenti necessari per l'esecuzione del progetto ed in particolare è stata individuata stazione appaltante o amministrazione aggiudicatrice.

2.b. All'esito della complessa procedura ad evidenza pubblica, in data 21.10. 2004, tra la ASL NA 1 e l'impresa Astaldi S.p.a. capogruppo mandataria dell'ATI, aggiudicataria per la progettazione, definitiva ed esecutiva, costruzione e gestione tecnico, economico e funzionale del complesso denominato "Ospedale del Mare" è stato stipulato il contratto di appalto di concessione.

2.c. In data 4. 07. 2005 è stato approvato il progetto definitivo.
 2.d. Ad oggi sono state completate le procedure di esproprio dei suoli.
 2.e. Con verbale di consegna del 18.01.2006 sono state avviate le attività di cantierizzazione comprendenti i seguenti interventi:

- delimitazione perimetrale delle aree espropriate;
- disboscamento e rimozione alberi e piante;
- scortico e livellamento delle aree espropriate;
- bonifica da ordigni bellici;
- tracciamento delle opere previste in progetto;
- realizzazione dell'impianto in cantiere.

Le attività sono state ultimate il 20 marzo 2006.

2.f. Con verbale di inizio lavori in data 30.03.2006 è stata avviata l'attività di costruzione con durata contrattuale fissata in 1065 giorni liberi e consecutivi cosicché l'ultimazione dei lavori è prevista per il 27 febbraio 2009.

3. Finanziamenti

Sono stati liquidati dal Ministero della Salute complessivi € 2.946.386,61 pari al 5% dell'importo assegnato con D.M. n. 5.04.2001 comprensivo della quota per la progettazione.

Crono programma riassuntivo interventi 6 -7- 8 – 9- 10 – 11 – 12 – 13 - 14

		MESI																																					
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36		
Razionalizzazione rete ospedaliera	Azioni																																						
	Programmazione standard p.l.																																						
	Provvedimenti programmatici per ridurre ospedalizzazione																																						
	Provvedimenti tariffari per nuovi valore soglia																																						
	Piano riorganizzazione e concentrazioni funzioni																																						
	Integrazione nuovo P.O.R.																																						
	Applicazione nuovo P.O.R.																																						
	Rimodulazione piano edilizia sanitaria																																						
	Accreditamento definitivo																																						
Interventi sull'appropriatezza	Azioni																																						
	Provvedimenti per incentivare DH																																						
	Provvedimenti per potenziare forme assistenziali deospedalizzanti																																						
	Provvedimenti per incentivare parto fisiologico e ridurre l'uso del taglio cesareo																																						

f. Intervento 16 (Accordi con i Comuni per la realizzazione dell'integrazione socio-sanitaria)

L'intervento già in atto dal 2003, con le delibere attuative della LR n. 8/2003, ha trovato ulteriore impulso con le più recenti delibere n. 38/2006 e 964/2006.

Le modalità e la procedura di calcolo dei risparmi ipotizzati con relative fonti di verifica e dati utilizzati sono contenuti nelle delibere citate già trasmesse ai Ministeri interessati.

g. Interventi 19- 20- 21- 22 (interventi sulla spesa farmaceutica)

Nonostante i positivi passi in avanti compiuti negli ultimi anni (analiticamente descritti nel paragrafo 5.2) che hanno consentito che la spesa netta a carico del SSN passasse in Campania dal 2001 al 2006 da 1.254 Meuro a 1.216 Meuro su base annua con un contenimento quindi di 38 Meuro, la spesa farmaceutica rimane ancora uno dei fattori strutturali del disavanzo essendo la spesa convenzionata al di sopra del 13% previsto dalle norme, come desumibile dalla seguente tabella che illustra l'andamento degli ultimi anni:

Anni	% spesa farmaceutica convenzionata
2004	15,86%
2005	14,82%
2006	13,97%

Pertanto oltre ad incentivare la politica già in atto di intensificazione della distribuzione diretta, del monitoraggio delle prescrizioni, dell'incentivazione nell'uso dei farmaci generici, dell'utilizzazione per le prescrizioni di protocolli diagnostico-terapeutici per le patologie a più alta incidenza, la Regione intende introdurre:

A) l'obbligo progressivo, dopo una prima fase di sperimentazione, per tutti i medici dipendenti e convenzionati del SSR, di prescrivere sulle ricette del SSN solo il principio attivo farmacologico, senza la specificazione del nome commerciale. La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

B) la potestà di prescrivere sul ricettario del SSN di norma solo ai Medici di medicina generale e i Pediatri di libera scelta. La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

Quanto agli interventi di cui ai precedenti punti A) e B) si concorda di procedere per gradi attivando una prima sperimentazione nel territorio di una ASL significativa per numero di abitanti e per spesa farmaceutica convenzionata, individuata nella ASL NA/5. A seguito di tali sperimentazioni, valutate congiuntamente con l'AIFA, la misura sarà estesa su tutto il territorio regionale tenendo conto di quanto emerso dall'applicazione concreta.

C) Obbligo per il M.M.G. o il P.L.S., di inserire il codice ICD9-CM relativo alla patologia per la quale si è fatta la prescrizione; La regione si impegna ad adottare il provvedimento entro il 30 aprile 2007;

D) Informatizzazione del sistema con controllo regionale ai fini di un più approfondito monitoraggio dei costi e delle prestazioni: progetto TESSERA SANITARIA di cui agli allegati A e A.1;

E) una compartecipazione all'acquisto dei farmaci, da parte dei cittadini non esenti, idonea a garantire, ai sensi del punto 4.18 del Patto della salute e dell'art. 1, comma 796, lettera l), punto 1

della finanziaria 2007 (L. 296/06), l'integrale contenimento del superamento del tetto di spesa rispetto al 13% indicato in tabella. Tale compartecipazione è stata introdotta con la DGRC n. 2266 del 30.12.2006 applicata ai cittadini non esenti sulle specialità medicinali è pari ad € 1,50 a confezione ed è entrata in vigore il primo gennaio 2007;

F) le iniziative, introdotte con la DGRC n. 294 del 28 febbraio 2007, di seguito riportate relative alla prescrizione dei farmaci compresi nella categoria ATC AO2BC - inibitori della pompa protonica, in coerenza con il parere favorevole espresso in data 20 febbraio 2007 dalla commissione consultiva tecnico scientifica dell'AIFA. Per tale obiettivo devono essere osservate le seguenti modalità:

1) i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, nella normale pratica assistenziale, devono effettuare prescrizioni di farmaci il cui costo per dose definita al giorno riferito al prezzo al pubblico non sia superiore al prezzo minimo di riferimento calcolato in euro 0,90. In particolare, per la nota 1 devono essere prescritti solo gli inibitori di pompa protonica a dosaggio pieno con costo entro euro 0,90 di dose definita giornaliera;

2) la spesa addebitabile a carico del SSR per le prescrizioni di farmaci inibitori di pompa protonica è limitata al costo del farmaco equivalente presente in tale categoria terapeutica come quantificato al punto 1);

3) qualora il medico, in caso di intolleranza o possibili interazioni farmacologiche, ritenga che sia necessario prescrivere una specialità il cui costo per giorno di terapia riferito al prezzo al pubblico sia superiore al valore di cui al punto 1) deve giustificare e documentare la diversa scelta terapeutica nell'ambito dell'aggiornamento della scheda sanitaria individuale del paziente, disposto dall'articolo 45, comma 2, lettera b), dell'Accordo collettivo nazionale e attestarla sulla ricetta, nello spazio riservato alla prescrizione. In tal caso il cittadino non paga alcuna differenza di prezzo;

4) i medici ospedalieri e i medici specialisti ambulatoriali esterni e interni sono tenuti, nella proposta di prescrizione, a indicare i farmaci il cui prezzo al pubblico non sia superiore a quanto indicato al numero 1). Qualora gli stessi ritengano necessario utilizzare farmaci di prezzo superiore a quello di riferimento devono predisporre opportuno Piano terapeutico, su modello predisposto dalla Regione. Nel Piano devono essere riportate le motivazioni della diversa scelta terapeutica che, comunque, non può prescindere dai criteri di appropriatezza della Evidence Based Medicine e dall'osservanza delle Note AIFA 1 oppure 48. Tale Piano terapeutico deve comunque essere condiviso dal medico di medicina generale. In ogni caso la prescrizione di una specialità il cui costo per giorno di terapia riferito al prezzo al pubblico sia superiore al valore di cui al punto 1) deve essere attestata sulla ricetta, nello spazio riservato alla stessa. In tal caso il cittadino non paga alcuna differenza di prezzo;

5) i medici della continuità assistenziale devono prescrivere unicamente il farmaco alle condizioni di cui al numero 1);

6) per la prescrizione di farmaci il cui prezzo supera quello di riferimento e per la quale sulla ricetta non è attestata la eventuale deroga i farmacisti devono richiedere la differenza tra il prezzo di riferimento e quello del farmaco dispensato;

7) i medici di medicina generale all'atto della prescrizione devono informarsi circa precedenti dispensazioni del primo ciclo terapeutico al fine di evitare duplicazioni;

8) le Aziende sanitarie devono verificare le condizioni di fornitura dei farmaci inibitori della pompa protonica alle strutture ospedaliere, evitando offerte anomale che potrebbero essere finalizzate all'induzione a consumi sul territorio, in particolare considerando le cessioni a costo zero o a prezzo simbolico;

9) è obiettivo dei Direttori generali delle ASL, attraverso i responsabili di Distretto e dei Servizi farmaceutici territoriali:

9.1 rafforzare il controllo dell'appropriatezza prescrittiva di tali medicinali, secondo le limitazioni e le indicazioni riportate nelle note AIFA n° 1, 48 e 13;

9.2 effettuare controlli a campione su almeno il 30 per cento delle prescrizioni riportanti la attestazione di deroga.

10) La limitazione della spesa da porre a carico del SSR sopra descritta avrà decorrenza a far data dalla data di esecutività della delibera che recepisce il presente Piano.

G) Ai sensi del punto 4.18 del Patto della salute e dell'art. 1, comma 796, lettera l), punto 2 della finanziaria 2007 (L 296/06), con riferimento al superamento della soglia del 3% per la spesa farmaceutica non convenzionata, la Regione ha approvato il 27.02.07 il Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera che contiene interventi diretti al controllo dell'uso dei farmaci innovativi, al monitoraggio del consumo appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci.

L'introduzione delle norme di cui alle precedenti lettere e), f) e g) consente l'accesso alle risorse di cui all'art. 1, comma 181 della L 311/2004.

H) l'estensione del budget di spesa per tutti i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta

I) Con riferimento alla citata misura di intensificazione della distribuzione diretta, oltre l'ulteriore apertura al pubblico delle farmacie ospedaliere e distrettuali per la quale si recupereranno le risorse umane, strumentali e strutturali derivate dalla riconversione dei presidi ospedalieri, viene individuata nell'allegato 2 alla Determinazione AIFA 29.10.2004 (Supplemento Ordinario GU n. 259 del 4.11.2004) la lista minima di riferimento, a cui tutte le Aziende dovranno attenersi, di farmaci da erogare direttamente attraverso i propri servizi, integrata dall'elenco di cui all'allegato 8. Dalle tabelle di cui all'allegato 8 bis relative agli anni 2004, 2005 e al primo semestre 2006, si evince che il consumo dei farmaci inseriti nella lista ed ancora erogati attraverso le farmacie convenzionate raggiungono un valore proiettato alla fine del 2006 pari a circa 80 Meuro, per cui con il passaggio alla distribuzione diretta è prevedibile un risparmio di almeno 20 Meuro circa (recupero 80% con risparmio sull'acquisto del 30%).

Per tali farmaci, in deroga a quanto previsto dall'intervento di cui al precedente punto B), la prescrizione sul ricettario del SSN è consentita anche ai medici dipendenti e agli specialisti convenzionati.

L) Scadenza dei brevetti nel triennio 2007- 2009.

A partire dalla metà del 2007 scadranno i brevetti relativi a 23 molecole. Ciò permetterà di estendere il meccanismo del farmaco generico equivalente con i conseguenti risultati in termini di minore spesa a carico del SSN.

Strumenti e modalità utilizzate per il raggiungimento degli obiettivi

Con riferimento agli interventi sopra descritti di seguito si dettagliano le modalità di calcolo e le fonti di verifica ai fini della valutazione dei risultati attesi.

Interventi g.A),B),C),D) - Verifica sistematica del rispetto degli indici di appropriatezza. Definizione e attuazione di un programma per l'appropriatezza e la razionalizzazione delle prescrizioni.

Modalità

La Regione ha già introdotto da tempo protocolli diagnostico terapeutici per le patologie a più alta incidenza. L'introduzione del codice ICD9-CM relativo alla patologia cui è associata la prescrizione, associata all'impulso nella prescrizione dei principi attivi (e quindi svincolata dalle pressioni commerciali) e alla riduzione dei centri di spesa (derivata dalla limitazione dei ricettari ai MMG e ai PLS) consente di prefigurare un sistema che considera la spesa farmaceutica "raggiungibile" da ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti sulla base di una pesatura che tiene conto esclusivamente di fattori epidemiologici e demografici reali. Con la definitiva entrata a regime della Tessera Sanitaria sarà possibile anche un maggiore controllo che renderà attendibile i risultati attesi.

Risultati attesi

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica. Le esperienze già maturate, che hanno permesso un notevole rallentamento della spesa, confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. Il risparmio in prima applicazione è difficilmente quantificabile e sarà valutato solamente dopo un congruo periodo di monitoraggio.

Indicatori di verifica e relativa fonte

Vedi capitolo D e capitolo E. 3 – Descrizione delle fonti di verifica

Interventi g.E),F)- Compartecipazione all'acquisto dei farmaci – Introduzione del prezzo di riferimento per gli inibitori di pompa protonica

Le modalità di calcolo e di intervento, i risultati attesi e le fonti di verifica oltre che nei punti specifici sopra descritti sono illustrati più dettagliatamente nella DGRC n. 2266/06 e successive integrazioni.

Intervento g.H – Definizione del budget di spesa per i medici prescrittori*Modalità*

La Regione ha già definito sin dall'inizio del 2006, con la DGRC n. 1843/05, e trasmesso ad ogni singola AA.SS.LL il budget di spesa, sulla base di indici di appropriatezza, per il complesso dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che devono assistere i residenti dello specifico territorio. Tale budget viene a sua volta suddiviso dalla singola ASL per singolo MMG/PLS rappresentando una tetto di spesa di riferimento. L'indice viene calcolato sulla base di un sistema di pesatura che considera la spesa farmaceutica "raggiungibile" da ciascuno dei prescrittori in relazione al numero e alla tipologia degli assistiti risultanti ad una certa data.

Risultati attesi

L'inappropriatezza prescrittiva è una delle principali componenti dell'eccesso di spesa farmaceutica. Le esperienze già maturate, che hanno permesso un notevole rallentamento della spesa, confermano la possibilità di conseguire importanti risparmi di spesa intervenendo direttamente su questa componente. Per le valutazioni circa la quantificazione del risparmio si fa riferimento alle considerazioni già svolte nel punto riferito agli interventi g.A),B),C),D).

Indicatori di verifica e relativa fonte

Vedi capitolo D e capitolo E. 3 – Descrizione delle fonti di verifica

Intervento g.I – Intensificazione della distribuzione diretta

Con riferimento a quanto già illustrato nel precedente punto I, si rimanda agli specifici allegati 8 e 8 bis. Per gli indicatori di verifica e relativa fonte si veda capitolo D e capitolo E. 3 – Descrizione delle fonti di verifica

Intervento g.L) - Quantificazione degli effetti finanziari dei provvedimenti nazionali

Su questo intervento incidono tanto le manovre AIFA che la scadenza dei brevetti su molecole di alto consumo nel triennio 2007- 2009.

Scadenza dei brevetti

Modalità

Per tali molecole in scadenza è realistico ipotizzare che la Campania abbia una quota di spesa pari a circa il 10% del valore nazionale.

Risultati attesi

Questi valori non costituiscono l'effetto di un apposito intervento della politica economica regionale, ma devono essere calcolati a riduzione del dato di spesa tendenziale con cui la Regione dovrà confrontarsi.

Modalità e fonti di verifica

La verifica dell'obiettivo sarà effettuata nell'ambito del monitoraggio periodico realizzato dalla Regione Campania , che utilizzerà i dati prodotti da Osmed e Federfarma.

Brevetti in scadenza nel 2007-2008: stima di impatto sulla spesa farmaceutica regionale

Molecole	Spesa SSn MAT 11/2006 euro 000	LOE	Risparmi SSN 2007 euro 000	Risparmi SSN 2008 euro 000	Risparmi SSN 2009 euro 000
OMEPRAZOLE	378,678	2008		189,339	
SIMVASTATIN	224,893	2007	113,938		
AMLODIPINE	280,462	2008		140,231	
RAMIPRIL	311,305	2008		155,653	
CLARITHROMYCIN	278,031	2008		139,015	
DOXAZOSIN	125,789	2007	51,234		
PRAVASTATIN	153,134	2008		76,567	
LISINOPRIL	116,133	2007	21,840		
FLUCONAZOLE	68,672	2007	29,603		
ALFUZOSIN	86,863	2008		43,431	
CIPRPFLOXACIN	64,637	2007	26,849		
CEFIXIME	65,621	2008		32,810	
QUINAPRIL	40,869	2007	16,256		
SALBUTAMOL	57,768	2008		28,884	
CETIRIZINE	27,114	2007	15,037		
BISOPROLOL	29,778	2007	18,807		
SUMATRIPTAN	28,686	2008		14343	
ESTRADIOL	19,517	2007	761		
BENAZEPRIL	16,067	2008		8034	
CEFUROXIME AXETIL	21,753	2008		10876	
LORATADINE	5,815	2007	5,815		
ROXITHROMYCIN	6,386	2007	2,502		
OFLOXACIN	1,222	2007			
TOTALE			302,642	839,183	1,141,825

SINTESI EFFETTO ECONOMICO DEGLI INTERVENTI

Nella tabella che segue vengono sinteticamente riportati tutti gli effetti economici degli interventi sopra descritti.

		Minori costi e/o maggiori entrate (in mln €)		
Interventi	Categoria	2007	2008	2009
A,B,C,D	Appropriatezza prescrittiva	n.v.	n.v.	n.v.
E, F	Compartecipazione e prezzo	60	88	117
H	Budget MMG/PLS	n.v.	n.v.	n.v.
I	Distribuzione diretta	20	30	39
L	Provvedimenti nazionali	60	60	60
Totale		140	178	216

Crono programma riassuntivo interventi 19-20-21-22

		MESI																																						
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36			
Misure già in atto	Azioni																																							
	Intensificazione distribuzione diretta																																							
	Intensificazione uso farmaci generici																																							
	Incentivazione uso protocolli diagnostico-terapeutici																																							
	Budget MMG/PLS																																							
Misure aggiuntive	Azioni																																							
	Ulteriore apertura al pubblico farmacie ospedaliere e distrettuali																																							
	Implementazione informatizzazione e controllo regionale																																							
	Prescrizione su ricetta SSR solo MMG e PLS																																							
	Obbligo prescrizione solo principio attivo e prezzo di riferimento																																							
	Obbligo per i prescrittori indicazione codice ICD9-CM																																							
	Compartecipazione alla spesa																																							
	Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera																																							

(Allegato A) - Scheda "Tessera Sanitaria"
(articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni)

L'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 novembre 2003, n. 326, e successive modificazioni (Progetto Tessera Sanitaria), si pone l'obiettivo di realizzare un sistema informativo delle prescrizioni mediche, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria, nonché la verifica dell'appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione dei dati delle ricette mediche relative alla farmaceutica e specialistica a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In particolare, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva, il Progetto consente l'individuazione certa ed univoca sia dell'assistito (tramite il codice fiscale riportato sulla Tessera Sanitaria, "certificato" dall'Agenzia delle entrate), sia del medico prescrittore (tramite il codice identificativo della ricetta, assegnato univocamente al medesimo medico dalla ASL competente in fase di consegna del ricettario).

L'individuazione certa ed univoca dell'assistito e del medico prescrittore avviene attraverso la necessaria fase preliminare di allineamento delle relative anagrafi in possesso delle ASL con quelle dei codici fiscali dell'Anagrafe Tributaria e dei Comuni, nonché attraverso il relativo costante aggiornamento.

La rilevazione dei dati delle ricette avviene presso i singoli erogatori delle prestazioni (farmacie, laboratori, ambulatori pubblici e privati convenzionati) i quali, attraverso la lettura ottica del codice fiscale dell'assistito dalla Tessera Sanitaria e del codice identificativo della ricetta, consentono l'associazione certa ed univoca fra i dati della ricetta, il relativo medico prescrittore e l'assistito fruitore della prestazione.

I dati completi delle ricette (comprensivi dei dati dell'assistito e del medico prescrittore) rilevati dalle strutture di erogazione, devono essere trasmessi giornalmente e, in ogni caso, entro il giorno 10 del mese successivo a quello di utilizzazione della ricetta, al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze che provvede a renderli disponibili alle ASL di competenza, nonché alla regione, secondo le indicazioni del Garante della privacy. In particolare per le ASL è consentito l'accesso ai dati delle ricette comprensivi dei dati identificativi dell'assistito e della prescrizione (codice ricetta).

In tal modo il Sistema consente alle ASL e alle regioni di disporre in modo tempestivo di un patrimonio informativo inerente le prescrizioni farmaceutiche e specialistiche, tale da poter potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e intervenire sull'appropriatezza prescrittiva, costituendo uno strumento potente di programmazione e di contenimento del settore sanitario (mentre eventuali sistemi informativi regionali di rilevazione delle ricette non garantiscono un processo di acquisizione dei dati tale da assicurare in modo "certificato" la fondamentale associazione ricetta-assistito-medico).

L'attuazione in ambito regionale del Progetto, avviene sulla base del programma stabilito dai decreti attuativi del comma 6 del citato articolo 50 e sulla base del piano di dettaglio delle attività realizzative convenute fra la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato (RGS), il Ministero della salute, l'Agenzia delle entrate e Sogei.

L'attivazione sperimentale del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Campania è stata avviata a partire dal 2006, con la condivisione con la medesima regione, la Ragioneria Generale dello Stato, Agenzia delle entrate e Sogei, nella specifica riunione del 6 luglio 2006, dell'allegato piano delle attività, il quale prevede gli impegni regionali e i rispettivi termini temporali.

Gli impegni regionali verranno verificati, anche sulla base delle risultanze prodotte dall'Agenzia delle entrate e Sogei.

Ai fini dell'attivazione sperimentale del Sistema, la Regione si impegna:

a. al rispetto degli obblighi informativi di cui al piano temporale delle attività convenuto con la RGS, il Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei. Il rispetto di tali obblighi comporta:

- Recepimento con DGR di recepimento del piano di rientro del programma convenuto fra Regione, RGS, Ministero della salute, Agenzia delle entrate e Sogei, riportato nell'Allegato A.1.
- Rispetto della tempistica di cui al piano.
- Trasmissione telematica da parte delle ASL competenti al Ministero dell'economia e delle finanze (secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell'articolo 50 della legge 326/2003 e la tempistica convenuta nella riunione del 22 gennaio 2007), dell'elenco degli assistiti per i

quali l’Agenzia delle entrate e Sogei hanno riscontrato il mancato allineamento con l’anagrafe dei codici fiscali.

- Trasmissione telematica al Ministero dell’economia e delle finanze dell’assegnazione medico-ricettario di cui al comma 4 dell’articolo 50 della legge 326/2003.
- Obbligo dell’utilizzo del ricettario “standard” di cui al DM 18 maggio 2004 per le prescrizioni farmaceutiche e ambulatoriali a carico del SSN.
- Aggiornamento tempestivo e costante, secondo le modalità di cui ai decreti attuativi dell’articolo 50 della legge 326/2003, da parte della Regione dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all’art. 50, secondo la tempistica prevista dal piano convenuto.
- Adozione di provvedimenti volti all’utilizzo, da parte di tutti i soggetti coinvolti, della Tessera Sanitaria (TS) in conformità alle disposizioni di cui al citato articolo 50.

b. alla definizione degli accordi integrativi con i medici di base (MMG e pediatri), per la verifica del rispetto della soglia del 70% delle ricette informatizzate. Il rispetto di tale impegno comporta:

- la definizione degli accordi in conformità alle disposizioni di cui all’articolo 1, comma 275 della legge 266/2005
- l’utilizzo del Sistema Tessera Sanitaria per il controllo del rispetto della soglia del 70%

Nella fase a regime del Sistema, la Regione si impegna all’aggiornamento tempestivo e costante dei flussi dei dati del Sistema di cui ai decreti attuativi all’art. 50.

La Regione si impegna altresì, attraverso i dati delle ricette acquisiti attraverso il Progetto Tessera Sanitaria, ad effettuare i controlli e la verifica dell’appropriatezza prescrittiva nel proprio territorio, individuando le criticità sulla base di specifici indicatori regionali di riferimento ed adottando le relative misure correttive ai fini del conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

La struttura amministrativa responsabile dell’attuazione concreta del progetto e dell’individuazione delle metodologie di monitoraggio è individuata presso l’Assessorato alla sanità.

La struttura amministrativa definisce entro il mese di marzo 2007 il procedimento di verifica e controllo dell’appropriatezza prescrittiva e della relativa attuazione a livello di singola ASL/AO, nonché della:

- definizione di indicatori e criteri di riferimento per la valutazione, da parte di ogni ASL/AO, dell’appropriatezza prescrittiva di ogni singolo medico, attraverso l’analisi mensile delle ricette acquisite attraverso il Sistema Tessera Sanitaria;
- definizione di azioni correttive da intraprendere, da parte di ogni ASL/AO, a fronte delle criticità riscontrate;
- revisione periodica degli indicatori e dei criteri di riferimento individuati;
- acquisizione delle relazioni mensili prodotte da ogni singola ASL.

A livello di ogni singola ASL/AO, è fissato l’obbligo (incluso fra gli obiettivi dei Direttori Generali) di:

- individuazione dell’Ufficio responsabile del procedimento;
- elaborazione mensile, mediante il supporto del Sistema Tessera Sanitaria, degli indicatori regionali individuati, con riferimento ai dati delle ricette di propria competenza, del mese precedente a quello di riferimento, relative alle prestazioni di farmaceutica e specialistica erogate e acquisite mediante il medesimo Sistema Tessera Sanitaria, a livello di ASL distretto e singolo medico;
- individuazione delle criticità, con riferimento ai criteri regionali individuati;
- adozione delle relative azioni correttive, in conformità alle indicazioni regionali;

- predisposizione della relativa relazione mensile e trasmissione (entro il mese successivo a quello di ricevimento dei dati) al competente Ufficio regionale.

Allegato A.1 – Piano temporale dell’attivazione del Progetto Tessera Sanitaria nella Regione Campania

REGIONE CAMPANIA							
ATTIVITA'		altre date	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO 2007	FEBBRAIO
Riunioni/incontri							
Riunione tra Regione ed Agenzia Entrate	entro 10/07/2006	◆					
Riunione tra Regione e Sogei	completato						
Riunione tra Regione, Sogei e Direzione ASL	entro 10/07/2006	◆					
Fornitura archivi							
Fase di impianto assistiti	entro 30/11/2006		—————				
Fase a regime assistiti	dal 01/12/2006 al 31/12/2006				—————		
Medici di base	dal 15/10/2006 al 31/10/2006		—————				
Medici ospedalieri	dal 25/10/2006 al 10/11/2006		—————	—————			
Farmacie/direttori	dal 25/10/2006 al 15/11/2006		—————	—————			
Laboratori/direttori	dal 25/10/2006 al 15/11/2006		—————	—————			
Soggetti essenti	entro 31/12/2006					◆	
Assegnazione ricettari/medici prescrittori	entro 31/12/2006					◆	
Stranieri temporaneamente presenti (STP)	entro 31/12/2006					◆	
Prontuario Farmacologico	entro 31/12/2006					◆	
Nomenclatore Tariffario	entro 31/12/2006					◆	
Formazione							
Piano di comunicazione ASL	dal 20/10/2006 al 5/11/2006		—————				
Formazione per utenti Regione, ASL	dal 5/11/2006 al 25/11/2006			—————			
Formazione per utenti Medici	a richiesta						
Piano di comunicazione SSA	dal 25/10/2006 al 10/11/2006		—————				
Formazione per utenti SSA	dal 10/11/2006 al 5/12/2006			—————			
Abilitazioni							
Abilitazione amministratori di sicurezza Regione/ASL	dal 25/10/2006 al 15/11/2006		—————				
Abilitazione utenti Regione/ASL	dal 1/11/2006 al 25/11/2006			—————			
Assegnazione ricettari/medici	dal 1/11/2006 al 25/11/2006		—————	—————			
Abilitazione utenti Farmacia (attribuzione PIN 1)	dal 15/11/2006 al 30/11/2006			—————			
Abilitazione utenti Farmacia (attribuzione PIN 2)	dal 25/11/2006 al 5/12/2006			—————			
Abilitazione utenti Laboratori (attribuzione PIN 1)	dal 15/11/2006 al 30/11/2006			—————			
Abilitazione utenti Laboratori (attribuzione PIN 2)	dal 25/11/2006 al 5/12/2006			—————			
Trasmissione telematica ricette							
Raccolta dati delle ricette mediche	dal 1/01/2007 al 31/01/2007					—————	
Trasmissione telematica	entro 10/02/2007					—————	
Monitoraggio della spesa da parte della Regione	dal 28/02/2007						◆

F. Obiettivo di risparmio derivante dalle misure contenute nella legge finanziaria per l'anno 2007

Abbattimento del 20% delle tariffe delle prestazioni di laboratorio e del 2% delle altre prestazioni specialistiche

Come si evince dalla **tabella allegato 7** più del 72% delle prestazioni di laboratorio sono effettuate nel privato e pertanto l’abbattimento delle tariffe, a parità di numero di prestazioni effettuate, incide notevolmente sulla riduzione della spesa.

Pertanto con riferimento al fatturato dei laboratori privati che è stato pari per il 2005 a 234 Meuro, il valore su cui calcolare l’abbattimento del 20% è pari a 46,8 Meuro mentre la riduzione del 2% sulle altre prestazioni è residuale e pari a 300.000 per un risparmio complessivo previsto, quindi, di circa **47 Meuro**.

Ticket in quota fissa su prestazioni specialistiche (10 euro) per non esenti

Per poter stimare l'impatto economico di tale misura è necessario suddividere le prestazioni specialistiche tra quelle a visita che in media sono due per ricetta, , da quelle di diagnostica di laboratorio, di diagnostica per immagini e di fisioterapia per le quali invece le prescrizioni per ricetta è multipla in genere con la seguente dinamica media:

- Prestazioni di laboratorio: 8 prestazioni (tetto max) a ricetta;
- Prestazioni di diagnostica per immagini: 6 prestazioni a ricetta;
- Prestazioni di fisioterapia: 8 prestazioni (tetto max) a ricetta;

Pertanto sulla base dei dati di cui alla tabella allegato 7 abbiamo la seguente situazione:

1. Prestazioni a visita n. $10.543.029/2 = 5.271.545 \times 10 \text{ €} = 52 \text{ Meuro} \times 30\% \text{ non esenti} = \underline{15}$ Meuro circa;
2. Prestazioni laboratorio e fisioterapia n. $61.328.976/8 = 7.666.122 \times 10 \text{ €} = 76 \text{ Meuro} \times 30\% \text{ non esenti} = \underline{22}$ Meuro circa
3. Prestazioni diagnostica per immagini n. $3.950.448/6 = 658.408 \times 10 \text{ €} = 6.584.080 \times 30\% \text{ non esenti} = \underline{2}$ Meuro circa

TOTALE 39 Meuro

Ticket pronto soccorso, Utilizzo appropriato delle specialità medicinali – Abbattimento prezzo dispositivi medici

Si stima un risparmio complessivo pari a circa 5 milioni di euro annui

Manovre AIFA per il rispetto dei tetti farmaceutici

L'impatto della manovra è stato inglobato nell'entità dei risparmi per l'acquisto di prodotti farmaceutici e nella farmaceutica convenzionata per i rispettivi ambiti di azione

Per il contenimento della spesa del personale si rimanda alla sezione E, lettera b)

Tale intervento è illustrato al precedente punto b. Intervento 2.

		TABELLA ALLEGATO 7								
Somma di N° prestazioni per esterni		Tipo rapporto con il S.S.N.			Importo Medio (Euro per Prestazione)			VALORE in EURO MIGLIAIA		
Codice branca specialistica	Branca specialistica	PUBBLICO	PRIVATO	Totale	PUBBLICO	PRIVATO	Totale	PUBBLICO	PRIVATO	Totale
001	ANESTESIA	95.494		95.494	23,05	n.s.	23,05	2.201		2.201
002	CARDIOLOGIA	962.475	1.127.571	2.090.046	17,26	32,17	25,30	16.612	36.269	52.881
003	CHIRURGIA GENERALE	245.764	13.640	259.404	16,83	25,56	17,29	4.137	349	4.486
004	CHIRURGIA PLASTICA	11.014		11.014	18,42	n.s.	18,42	203		203
005	CHIRURGIA VASCOLARE - ANGIOLOGIA	79.156	3.512	82.668	26,64	46,00	27,46	2.109	162	2.270
006	DERMOSIFILOPATIA	353.744	20.934	374.678	13,24	16,36	13,41	4.684	343	5.026
007	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - MEDICINA NUCLEARE	79.282	272.013	351.295	56,64	90,44	82,81	4.491	24.600	29.091
008	DIAGNOSTICA PER IMMAGINI - RADIOL. DIAGNOSTICA	792.315	2.806.838	3.599.153	34,44	43,16	41,24	27.290	121.155	148.445
009	ENDOCRINOLOGIA	337.345	113.610	450.955	14,48	16,62	15,02	4.883	1.889	6.772
010	GASTROENTEROLOGIA - CHIR. ED ENDOSCOPIA DIGEST.	137.658	8.632	146.290	42,21	73,36	44,05	5.811	633	6.444
011	LAB. ANALISI CHIMICO CLINICHE E MICROBIOL. ETC.	10.569.448	39.458.860	50.028.308	8,60	5,94	6,51	90.874	234.568	325.441
012	MED. FISICA E RIABILIT. - RECUPERO E RIAB. ETC.	790.018	10.510.650	11.300.668	13,91	13,56	13,59	10.993	142.539	153.532
013	NEFROLOGIA	212.751	26.773	239.524	69,14	105,91	73,25	14.710	2.835	17.545
014	NEUROCHIRURGIA	22.312		22.312	17,89	n.s.	17,89	399		399
015	NEUROLOGIA	241.383	88.663	330.046	23,29	9,93	19,70	5.623	881	6.503
016	OCULISTICA	693.083	143.561	836.644	16,12	22,74	17,26	11.176	3.264	14.440
017	ODONTOSTOMATOLOGIA - CHIR. MAXILLO FACCIALE	166.638	248.793	415.431	15,97	21,71	19,41	2.661	5.401	8.063
018	ONCOLOGIA	59.427	1.300	60.727	17,57	13,88	17,49	1.044	18	1.062
019	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	574.248	92.759	667.007	17,95	6,85	16,41	10.308	635	10.943
020	OSTETRICIA E GINECOLOGIA	579.383	16.428	595.811	17,21	24,35	17,40	9.969	400	10.369
021	OTORINOLARINGOIATRIA	433.589	28.703	462.292	22,04	15,44	21,63	9.555	443	9.998
022	PNEUMOLOGIA	185.054	6.372	191.426	18,88	18,31	18,86	3.494	117	3.611
023	PSICHIATRIA	333.775	5.249	339.024	20,49	19,85	20,48	6.840	104	6.944
024	RADIOTERAPIA	58.880	141.152	200.032	38,16	36,51	36,99	2.247	5.153	7.400
025	UROLOGIA	134.880	6.153	141.033	38,26	17,94	37,37	5.161	110	5.271
026	ALTRO	1.764.136	767.040	2.531.176	25,04	15,43	22,13	44.173	11.836	56.010
Totale complessivo		19.913.252	55.909.206	75.822.458	15,15	10,62	11,81	301.646	593.704	895.350

3 - Descrizione delle fonti di verifica

Le fonti di verifica consistono nei modelli CE consuntivi annuali e trimestrali 2006 – 2009, che per i profili annuali sono riportati nelle pagine seguenti, distinti tra tendenziale e programmatico. Viene illustrata anche la serie storica CE ed LA 2001-2005.

Oltre ai modelli CE, per verificare l'efficacia del piano in termini di riduzione dei costi e mantenimento dei LEA, di seguito si illustra una sintesi raggruppata per macrolivelli e sottolivelli più significativi per gli ambiti di intervento previsti nei modelli LA 2006-2009 a confronto con quello del 2005, utili a monitorare gli effetti degli interventi programmati e previsti dal piano di risanamento.

Codice Voce Ce	CONTO ECONOMICO Modello CE	2001	2002	2003	2004	2005
A0010	A.1) CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	6.389.311	6.906.651	7.113.569	7.414.849	7.733.010
A0020	A.1.A) DA REGIONE E PROV. AUT. PER QUOT	6.358.606	6.866.695	7.108.416	7.407.630	7.689.945
A0030	A.1.B) DA ENTI PUBBLICI PER ULTERIORI T	30.015	39.536	4.567	6.118	40.832
A0040	A.1.C) DA ENTI PRIVATI	690	420	586	1.101	2.233
A0050	A.2) PROVENTI E RICAVI DIVERSI	87.047	75.536	79.656	82.678	103.557
A0060	A.2.A) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	4.271	10.038	7.129	6.009	11.326
A0070	A.2.A.1) AD ALTRE ASL E A.O. DELLA RE	0	0	0	0	0
A0080	A.2.A.2) AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI D	3.798	5.321	7.129	6.009	11.326
A0090	A.2.A.3) A SOGGETTI PUBBLICI EXTRA RE	473	4.717	0	0	0
A0100	A.2.B) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	16.572	14.223	17.400	17.589	18.818
A0110	A.2.C) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	23.926	25.861	30.631	33.944	48.602
A0120	A.2.D) PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	7.621	5.523	6.024	2.614	2.124
A0130	A.2.E) FITTI ATTIVI	1.061	1.162	1.080	1.710	1.933
A0140	A.2.F) ALTRI PROVENTI	33.596	18.729	17.392	20.812	20.754
A0150	A.3) CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI PER AT	24.057	15.232	20.829	20.510	36.597
A0160	A.4) COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRE	22.042	22.891	26.140	28.617	31.866
A0170	A.5) COSTI CAPITALIZZATI	43.282	43.623	55.638	55.289	64.172
A0180	A.5.1) DA UTILIZZO CONTRIBUTI IN C/CAP	34.025	36.476	47.181	55.289	64.172
A0190	A.5.2) DA COSTI SOSTENUTI IN ECONOMIA	9.257	7.147	8.457	0	0
A9999	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	6.565.739	7.063.933	7.295.832	7.601.943	7.969.202
B0010	B.1) ACQUISTI DI BENI	401.909	489.431	575.700	684.810	859.875
B0020	B.1.A) PRODOTTI FARMACEUTICI	153.246	217.770	275.405	334.937	430.046
B0030	B.1.B) EMOderivati e prodotti dietetici	10.506	15.122	18.607	20.054	22.383
B0040	B.1.C) MATERIALI PER LA PROFILASSI (VAC	12.103	13.028	12.444	17.501	14.960
B0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI C	44.759	53.222	59.620	66.763	85.556
B0060	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX	16.952	12.416	14.669	16.917	22.068
B0070	B.1.F) PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI S	97.928	103.567	113.988	136.638	174.271
B0080	B.1.G) MATERIALI PROTESICI E MATERIALI	27.679	31.353	43.169	54.161	69.296
B0090	B.1.H) PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VE	345	283	294	344	505
B0100	B.1.I) MATERIALI CHIRURGICI, SANITARI E	132	484	1.191	704	357
B0110	B.1.J) PRODOTTI ALIMENTARI	6.201	5.845	2.363	2.062	2.143
B0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULI	3.988	3.556	3.031	3.854	4.317
B0130	B.1.L) COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRI	12.726	11.105	11.406	11.588	12.344
B0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLER	8.294	9.945	10.630	10.506	14.228
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE DI	2.658	6.295	3.941	3.787	3.833
B0160	B.1.N.1) - IMMOBILI E LORO PERTINENZE	2.111	3.663	2.306	1.940	1.661
B0170	B.1.N.2) - MOBILI E MACCHINE	282	541	311	330	683
B0180	B.1.N.3) - ATTREZZATURE TECNICO SCIEN	264	2.059	1.267	1.468	1.419
B0190	B.1.N.4) - AUTOMEZZI (SANITARI E NON)	1	32	57	49	70

B0200	B.1.O) ALTRO	4.392	5.440	4.942	4.994	3.568
B0210	B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	4.071.069	4.141.519	4.247.998	4.501.864	4.487.899
B0220	B.2.1) PER MEDICINA DI BASE -	529.493	519.778	549.218	598.514	651.532
B0221	B.2.1.1) - DA CONVENZIONE	529.493	519.778	549.218	598.514	651.532
B0222	B.2.1.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0223	B.2.1.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0230	B.2.2) PER FARMACEUTICA -	1.263.880	1.259.081	1.206.635	1.264.449	1.234.400
B0231	B.2.2.1) - DA CONVENZIONE	1.263.880	1.259.081	1.206.635	1.264.449	1.234.400
B0232	B.2.2.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0233	B.2.2.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0240	B.2.3) PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AM	391.288	472.029	472.484	497.978	544.832
B0250	B.2.3.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0260	B.2.3.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	730	846	942	1.300	1.093
B0270	B.2.3.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	5.385	5.391	0	0	0
B0280	B.2.3.4) - DA PRIVATO	385.173	465.792	471.542	496.678	543.739
B0290	B.2.4) PER ASSISTENZA RIABILITATIVA -	351.294	301.558	358.663	370.957	344.998
B0300	B.2.4.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0310	B.2.4.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0320	B.2.4.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	290	363	0	0	0
B0330	B.2.4.4) - DA PRIVATO	351.004	301.195	358.663	370.957	344.998
B0340	B.2.5) PER ASSISTENZA INTEGRATIVA E PR	103.582	81.529	96.467	118.674	134.120
B0350	B.2.5.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0360	B.2.5.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0370	B.2.5.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	27	57	0	0	0
B0380	B.2.5.4) - DA PRIVATO	103.555	81.472	96.467	118.674	134.120
B0390	B.2.6) PER ASSISTENZA OSPEDALIERA -	895.063	905.056	900.667	924.599	735.049
B0400	B.2.6.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0410	B.2.6.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	285.232	277.350	283.260	256.548	198
B0420	B.2.6.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	452	5	0	0	0
B0430	B.2.6.4) - DA PRIVATO	609.379	627.701	617.407	668.051	734.851
B0440	B.2.7) PER ALTRA ASSISTENZA -	57.336	60.487	78.594	87.628	101.490
B0451	B.2.7.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0452	B.2.7.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	35	7.613	358	1.086	14.131
B0453	B.2.7.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	37	39	0	0	0
B0460	B.2.7.4) - DA PRIVATO	57.264	52.835	78.236	86.542	87.359
B0470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE P	18.576	23.695	26.992	29.681	42.750
B0480	B.2.9) RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	111.449	122.849	101.603	109.891	120.292
B0490	B.2.9.1) CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI D	597	1.861	2.508	2.671	2.310
B0500	B.2.9.2) ALTRO	110.852	120.988	99.095	107.220	117.982
B0510	B.2.10) CONSULENZE	30.640	49.178	49.196	47.234	86.240
B0520	B.2.10.1) SANITARIE	19.323	37.339	35.116	34.576	61.323
B0530	B.2.10.2) NON SANITARIE	11.317	11.839	14.080	12.658	24.917
B0540	B.2.11) ALTRI SERVIZI SANITARI	23.048	29.479	60.634	54.639	34.382
B0550	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EM	16.104	12.917	19.141	25.162	19.000
B0560	B.2.11.2) TRASPORTI SANITARI PER L'UR	2.621	3.990	1.614	1.920	2.787
B0570	B.2.11.3) ALTRO	4.323	12.572	39.879	27.557	12.595
B0580	B.2.12) FORMAZIONE (ESTERNALIZZATA E NON	5.613	9.787	15.855	16.333	10.705
B0590	B.2.13) SERVIZI NON SANITARI	289.807	307.013	330.990	381.287	447.109
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA	18.661	16.910	18.390	29.577	35.858
B0610	B.2.13.2) PULIZIA	56.629	64.688	76.286	92.945	122.074
B0620	B.2.13.3) MENSA	66.724	73.669	80.237	84.685	92.562
B0630	B.2.13.4) RISCALDAMENTO	7.258	8.015	9.592	10.409	16.563
B0640	B.2.13.5) ELABORAZIONE DATI	5.560	6.755	7.393	10.358	10.462

B0650	B.2.13.6) SERVIZI TRASPORTI (NON SAN	513	696	945	1.013	854
B0660	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	8.166	10.003	11.034	11.164	11.995
B0670	B.2.13.8) UTENZE TELEFONICHE	18.104	17.484	18.193	18.038	24.370
B0680	B.2.13.9) ALTRE UTENZE	23.068	24.703	26.781	29.986	39.625
B0690	B.2.13.10) ALTRO	85.124	84.090	82.139	93.112	92.746
B0700	B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORDINARI)	59.008	67.121	75.966	94.753	116.297
B0710	B.3.A) - AGLI IMMOBILI E LORO PERTINENZ	22.932	25.684	31.181	43.814	54.166
B0720	B.3.B) - AI MOBILI E MACCHINE	7.425	5.291	7.107	6.959	10.992
B0730	B.3.C) - ALLE ATTREZZATURE TECNICO-SCIE	28.128	35.303	36.780	42.908	50.083
B0740	B.3.D) - PER LA MANUT. DI AUTOMEZZI (SA	523	843	898	1.072	1.056
B0750	B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	24.306	29.315	36.396	41.032	59.044
B0760	B.4.A) FITTI REALI	17.209	17.380	18.991	19.549	21.190
B0770	B.4.B) CANONI DI NOLEGGIO	5.895	7.087	11.720	13.005	25.973
B0780	B.4.C) CANONI DI LEASING OPERATIVO	847	4.039	2.184	4.867	7.232
B0781	B.4.D) CANONI DI LEASING FINANZIARIO	0	158	2.782	3.128	4.166
B0790	B.4.E) ALTRO	355	651	719	483	483
B0800	B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	1.915.999	1.969.689	1.995.928	2.191.217	2.429.039
B0810	B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	6.480	7.128	7.954	9.654	16.004
B0820	B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	345.041	340.299	339.451	352.925	352.730
B0830	B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	178.167	186.394	199.254	221.977	278.044
B0840	B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	59.986	70.391	86.584	110.915	143.643
B0850	B.9.A) INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONE	10.028	13.180	12.040	13.118	14.572
B0860	B.9.B) PREMI DI ASSICURAZIONE	22.452	22.916	33.950	41.270	54.413
B0861	B.9.C) SPESE LEGALI	4.422	8.708	15.555	20.899	41.280
B0870	B.9.D) ALTRO	23.084	25.587	25.039	35.628	33.378
B0880	B.10) AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI	1.150	1.878	3.105	4.690	5.078
B0890	B.11) AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	39.257	35.056	34.930	37.832	46.768
B0900	B.11.A) DISPONIBILI	13.600	7.838	4.712	2.934	2.522
B0910	B.11.B) INDISPONIBILI	25.657	27.218	30.218	34.898	44.246
B0920	B.12) AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZA	37.893	45.472	43.906	50.185	61.464
B0930	B.13) SVALUTAZIONE DEI CREDITI	8	431	61	53	103
B0940	B.14) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-9.730	-14.851	-4.400	-6.171	-15.101
B0950	B.14.A) SANITARIE	-10.027	-13.751	-5.990	-5.795	-14.914
B0960	B.14.B) NON SANITARIE	297	-1.100	1.590	-376	-187
B0970	B.15) ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	9.440	15.769	27.613	144.918	327.168
B0980	B.15.A) PER RISCHI	2.664	2.789	5.091	42.848	52.950
B0990	B.15.B) PER TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	446	86	92	5	13
B1000	B.15.C) PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	2.188	3.326	2.707	3.075	4.484
B1010	B.15.D) ALTRI ACCANTONAMENTI	4.142	9.568	19.723	98.990	269.721
B9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	7.139.983	7.385.042	7.670.446	8.440.654	9.168.055
C0010	C.1) INTERESSI ATTIVI	91	259	1.578	4.208	5.615
C0020	C.1.A) SU C/TESORERIA	66	55	19	49	67
C0030	C.1.B) SU C/C POSTALI E BANCARI	12	32	74	28	52
C0040	C.1.C) VARI	13	172	1.485	4.131	5.496
C0050	C.2) ALTRI PROVENTI	0	0	32	35	24
C0060	C.3) INTERESSI PASSIVI	9.081	10.513	22.093	42.892	82.029
C0070	C.3.A) PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	4.674	3.956	3.216	4.865	4.987
C0080	C.3.B) SU MUTUI	0	0	0	0	2.050
C0090	C.3.C) ALTRI INTERESSI PASSIVI	4.407	6.557	18.877	38.027	74.992
C0100	C.4) ALTRI ONERI	78	4.166	1.767	3.571	8.838
C9999	TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	-9.068	-14.420	-22.250	-42.220	-85.228
D0010	D.1) RIVALUTAZIONI	0	0	0	0	0

D0020	D.2) SVALUTAZIONI	0	0	0	0	0
D9999	TOTALE RETTIFICHE DI VALORE DI ATTIVITA'	0	0	0	0	0
E0010	E.1) MINUSVALENZE	180	56	256	299	607
E0020	E.2) PLUSVALENZE	464	20	540	1.202	3.764
E0030	E.2.A) VENDITA DI BENI FUORI USO	60	14	87	43	2.712
E0040	E.2.B) ALTRO	404	6	453	1.159	1.052
E0050	E.3) ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIV	0	3.676	537	260	1.400
E0060	E.4) CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATT	2.109	6.470	7.473	7.476	4.886
E0070	E.5) SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE	173.360	-39.777	-5.617	-203.389	-326.724
E0080	E.5.A.1) SOPRAVVENIENZE ATTIVE	262.352	175.496	43.553	41.545	37.230
E0081	E.5.A.2) INSUSSISTENZE PASSIVE	17.807	84.813	52.714	86.070	41.506
E0090	E.5.B.1) SOPRAVVENIENZE PASSIVE	93.806	268.655	97.676	239.867	363.674
E0091	E.5.B.2) INSUSSISTENZE ATTIVE	12.993	31.431	4.208	91.137	41.786
E9999	TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	175.753	-37.019	1.603	-195.270	-320.081
X0010	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C)	-407.559	-372.548	-395.261	-1.076.201	-1.604.162
Y0010	IRAP	168.886	177.633	185.843	205.122	224.459
Y0020	IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'AZIE	7.335	3.235	6.556	4.869	5.872
Y0030	ACCANTONAMENTO IMPOSTE	188	42	33	750	1.269
Y9999	TOTALE IMPOSTE E TASSE	176.409	180.910	192.432	210.741	231.600
Z9999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-583.968	-553.458	-587.693	-1.286.942	-1.835.762

CAMPANIA: COSTI per LIVELLO di ASSISTENZA (Modello LA - SIS) 2001 - 2005

Descrizione livello di Assistenza - Importi in migliaia di Euro	2001	2002	2003	2004	2005
Igiene e sanita` pubblica	96.583	121.963	78.598	79.593	82.264
Igiene degli alimenti e della nutrizione	23.488	33.131	37.333	45.124	46.246
Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	24.881	31.502	41.907	45.974	51.898
Sanita` pubblica veterinaria	50.505	76.977	85.399	113.167	115.437
Attivita` di prevenzione rivolte alle persone			59.577	72.857	82.465
Servizio medico legale			45.261	55.109	56.540
Totale Assistenza sanitaria Collettiva	195.457	263.573	348.075	411.824	434.850
Guardia medica	100.327	104.305	91.878	85.191	125.477
Medicina generale - Medicina generica	380.946	374.940	468.038	497.066	582.051
Medicina generale - Pediatria di libera scelta	79.309	82.390	89.488	89.238	130.988
Emergenza sanitaria territoriale			106.405	88.009	105.649
Ass. farmaceutica - farmacie convenzionate	1.306.135	1.333.392	1.187.775	1.157.182	1.281.623
Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione			144.263	157.668	182.756
Assistenza integrativa	43.816	46.943	47.570	61.982	87.986
Assistenza specialistica - Clinica	196.853	328.960	280.040	313.010	369.396
Assistenza specialistica - Laboratorio	254.647	264.900	255.791	307.395	302.029
Assistenza specialistica - Diagnostica	205.655	203.606	238.960	189.427	262.095
Assistenza protesica	76.000	80.000	86.160	97.993	100.116
Ass.za terr. amb. e dom.re progr. a domicilio (ADI)	285.406	310.401	40.937	42.410	41.473
Ass.za terr. amb. e dom.re alle donne (consultori)			92.661	86.355	96.375
Ass.za terr. amb. e dom.re psichiatrica			121.374	153.632	174.706
Ass.za terr. amb. e dom.re riabilitativa ai disabili			231.305	279.422	237.549
Ass.za terr. amb. e dom.re ai tossicodipendenti			47.629	77.283	80.814
Ass.za terr. amb. e dom.re agli anziani			29.440	28.237	29.263

Ass.za terr. amb. e dom.re ai malati terminali			1.393	1.280	2.682
Ass.za terr. amb. e dom.re a persone affette HIV			315	185	232
Ass.za terr. semires.le psichiatrica	114.972	129.990	47.056	51.425	53.120
Ass.za terr. semires.le riabilitativa ai disabili	131.879	206.198	97.761	89.888	82.224
Ass.za terr. semires.le ai tossicodipendenti	56.445	60.413	12.362	9.051	7.383
Ass.za terr. semires.le agli anziani	28.586	37.767	15.081	20.847	10.154
Ass.za terr. semires.le a persone affette da HIV	0	0	78	0	488
Ass.za terr. semires.le ai malati terminali	0	0	88	0	0
Ass.za terr. res.le psichiatrica	79.289	73.272	36.836	53.901	43.770
Ass.za terr. res.le riabilitativa ai disabili			111.395	132.787	132.188
Ass.za terr. res.le ai tossicodipendenti	15.613	33.157	16.883	16.243	13.657
Ass.za terr. res.le agli anziani	11.382	9.817	5.150	8.978	12.942
Ass.za terr. res.le a persone affette da HIV	0	0	2	3	0
Ass.za terr. res.le ai malati terminali	0	0	0	0	0
Ass.za res.le disabili fisici/psichici (LA 2001 - 2002)	28.987	24.148			
Ass.za res.le riab. art. 26 (LA 2001 - 2002)	213.498	205.868			
Altra Ass.za res.le (LA 2001 - 2002)	59.321	79.256			
Assistenza idrotermale	12.071	14.687	9.239	21.550	25.654
Totale Assistenza Distrettuale	3.681.137	4.004.410	3.913.353	4.117.638	4.574.840
Attività di pronto soccorso	0	0	252.892	321.889	363.616
Ass. ospedaliera acuti Day Hospital/Day Surgery	152.361	276.350	463.640	561.847	685.388
Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	3.010.223	3.273.743	2.806.184	3.340.360	3.600.919
Interventi ospedalieri a domicilio	0	0	37.075	46.347	1.812
Ass. ospedaliera per lungodegenti	11.996	14.974	22.419	24.164	21.830
Ass. ospedaliera per riabilitazione	37.867	60.588	67.209	100.383	112.886
Emocomponenti e servizi trasfusionali	0	0	41.817	45.197	52.323
Trapianto organi e tessuti	0	0	9.759	6.076	6.775
Totale Assistenza Ospedaliera	3.212.447	3.625.655	3.700.995	4.446.263	4.845.549
TOTALE	7.089.041	7.893.638	7.962.423	8.975.725	9.855.239

Codice Voce Ce	CONTO ECONOMICO TENDENZIALE (Modello CE)	cons 2005	IV trimestre 2006	Tendenziale 2007	Tendenziale 2008	Tendenziale 2009
A0010	A.1) CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	7.733.010	8.328.306	8.655.000	8.937.000	9.234.000
A0020	A.1.A) DA REGIONE E PROV. AUT. PER QUOT	7.689.945	8.251.365	8.578.000	8.860.000	9.157.000
A0030	A.1.B) DA ENTI PUBBLICI PER ULTERIORI T	40.832	76.022	76.000	76.000	76.000
A0040	A.1.C) DA ENTI PRIVATI	2.233	919	1.000	1.000	1.000
A0050	A.2) PROVENTI E RICAVI DIVERSI	103.557	87.251	87.251	87.251	87.251
A0060	A.2.A) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	11.326	0	0	0	0
A0070	A.2.A.1) AD ALTRE ASL E A.O. DELLA RE	0	0	0	0	0
A0080	A.2.A.2) AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI D	11.326	0	0	0	0
A0090	A.2.A.3) A SOGGETTI PUBBLICI EXTRA RE	0	0	0	0	0
A0100	A.2.B) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	18.818	20.069	20.069	20.069	20.069
A0110	A.2.C) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	48.602	44.377	44.377	44.377	44.377
A0120	A.2.D) PER PRESTAZIONI SANITARIE NON SANITARIE	2.124	1.685	1.685	1.685	1.685
A0130	A.2.E) FITTI ATTIVI	1.933	1.888	1.888	1.888	1.888
A0140	A.2.F) ALTRI PROVENTI	20.754	19.232	19.232	19.232	19.232
A0150	A.3) CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI PER AT	36.597	24.856	24.856	24.856	24.856
A0160	A.4) COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRE	31.866	33.830	33.830	33.830	33.830
A0170	A.5) COSTI CAPITALIZZATI	64.172	65.022	65.022	65.022	65.022

A0180	A.5.1) DA UTILIZZO CONTRIBUTI IN C/CAPI	64.172	65.022	65.022	65.022	65.022
A0190	A.5.2) DA COSTI SOSTENUTI IN ECONOMIA	0	0	0	0	0
A9999	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	7.969.202	8.539.265	8.865.959	9.147.959	9.444.959
B0010	B.1) ACQUISTI DI BENI	859.875	897.486	1.012.829	1.100.863	1.174.317
B0020	B.1.A) PRODOTTI FARMACEUTICI	430.046	475.220	510.766	559.289	598.439
B0030	B.1.B) EMODERIVATI E PRODOTTI DIETETICI	22.383	28.351	24.209	25.177	26.184
B0040	B.1.C) MATERIALI PER LA PROFILASSI (VAC	14.960	14.953	16.180	16.827	17.500
B0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI C	85.556	85.202	100.700	108.756	115.281
B0060	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX	22.068	25.519	24.796	26.284	27.861
B0070	B.1.F) PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI S	174.271	157.527	208.847	227.643	243.578
B0080	B.1.G) MATERIALI PROTESICI E MATERIALI	69.296	71.692	83.785	92.164	99.537
B0090	B.1.H) PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VE	505	391	627	683	738
B0100	B.1.I) MATERIALI CHIRURGICI, SANITARI E	357	384	357	357	357
B0110	B.1.J) PRODOTTI ALIMENTARI	2.143	1.920	2.273	2.341	2.411
B0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULI	4.317	3.569	4.404	4.448	4.492
B0130	B.1.L) COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRI	12.344	13.005	13.095	13.488	13.893
B0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLER	14.228	13.469	15.389	16.005	16.645
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE DI	3.833	2.893	3.833	3.833	3.833
B0160	B.1.N.1) - IMMOBILI E LORO PERTINENZE	1.661	1.348	1.661	1.661	1.661
B0170	B.1.N.2) - MOBILI E MACCHINE	683	382	683	683	683
B0180	B.1.N.3) - ATTREZZATURE TECNICO SCIEN	1.419	1.116	1.419	1.419	1.419
B0190	B.1.N.4) - AUTOMEZZI (SANITARI E NON)	70	47	70	70	70
B0200	B.1.O) ALTRO	3.568	3.391	3.568	3.568	3.568
B0210	B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	4.487.899	4.385.480	4.876.469	5.090.051	5.305.670
B0220	B.2.1) PER MEDICINA DI BASE -	651.532	671.880	704.697	732.885	762.200
B0221	B.2.1.1) - DA CONVENZIONE	651.532	671.880	704.697	732.885	762.200
B0222	B.2.1.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0223	B.2.1.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0230	B.2.2) PER FARMACEUTICA -	1.234.400	1.215.945	1.282.320	1.328.601	1.376.502
B0231	B.2.2.1) - DA CONVENZIONE	1.234.400	1.215.945	1.282.320	1.328.601	1.376.502
B0232	B.2.2.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0233	B.2.2.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0240	B.2.3) PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AM	544.832	584.280	674.843	708.585	744.014
B0250	B.2.3.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0260	B.2.3.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	1.093	0	0	0	0
B0270	B.2.3.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0280	B.2.3.4) - DA PRIVATO	543.739	584.280	674.843	708.585	744.014
B0290	B.2.4) PER ASSISTENZA RIABILITATIVA -	344.998	293.421	354.306	372.021	390.622
B0300	B.2.4.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0310	B.2.4.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0320	B.2.4.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0330	B.2.4.4) - DA PRIVATO	344.998	293.421	354.306	372.021	390.622
B0340	B.2.5) PER ASSISTENZA INTEGRATIVA E PR	134.120	136.771	160.979	170.638	179.170
B0350	B.2.5.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0360	B.2.5.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0370	B.2.5.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0380	B.2.5.4) - DA PRIVATO	134.120	136.771	160.979	170.638	179.170
B0390	B.2.6) PER ASSISTENZA OSPEDALIERA -	735.049	652.400	787.773	827.162	868.520
B0400	B.2.6.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0410	B.2.6.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	198	0	0	0	0
B0420	B.2.6.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0430	B.2.6.4) - DA PRIVATO	734.851	652.400	787.773	827.162	868.520
B0440	B.2.7) PER ALTRA ASSISTENZA -	101.490	88.592	105.247	112.614	119.371
B0451	B.2.7.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0452	B.2.7.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	14.131	0	0	0	0
B0453	B.2.7.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0460	B.2.7.4) - DA PRIVATO	87.359	88.592	105.247	112.614	119.371
B0470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE P	42.750	40.340	40.340	40.340	40.340
B0480	B.2.9) RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	120.292	134.818	125.419	128.034	130.680
B0490	B.2.9.1) CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI D	2.310	2.486	2.670	2.830	2.972

B0500	B.2.9.2) ALTRO	117.982	132.332	122.749	125.204	127.708
B0510	B.2.10) CONSULENZE	86.240	75.715	93.531	97.429	101.507
B0520	B.2.10.1) SANITARIE	61.323	53.443	67.608	70.988	74.537
B0530	B.2.10.2) NON SANITARIE	24.917	22.272	25.923	26.441	26.970
B0540	B.2.11) ALTRI SERVIZI SANITARI	34.382	40.318	37.953	39.360	40.457
B0550	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EM	19.000	21.516	21.147	21.993	22.653
B0560	B.2.11.2) TRASPORTI SANITARI PER L'UR	2.787	2.613	2.787	2.787	2.787
B0570	B.2.11.3) ALTRO	12.595	16.189	14.019	14.580	15.017
B0580	B.2.12) FORMAZIONE (ESTERNALIZZATA E NON	10.705	8.137	11.247	11.472	11.701
B0590	B.2.13) SERVIZI NON SANITARI	447.109	442.863	497.814	520.910	540.586
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA	35.858	34.510	41.051	42.693	44.401
B0610	B.2.13.2) PULIZIA	122.074	119.039	142.338	150.878	156.913
B0620	B.2.13.3) MENSA	92.562	92.134	100.115	104.120	108.285
B0630	B.2.13.4) RISCALDAMENTO	16.563	17.886	18.785	19.912	20.708
B0640	B.2.13.5) ELABORAZIONE DATI	10.462	10.177	12.088	12.934	13.581
B0650	B.2.13.6) SERVIZI TRASPORTI (NON SAN	854	737	854	854	854
B0660	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	11.995	11.669	12.236	12.358	12.482
B0670	B.2.13.8) UTENZE TELEFONICHE	24.370	21.612	26.486	27.545	28.509
B0680	B.2.13.9) ALTRE UTENZE	39.625	43.026	43.064	44.787	46.355
B0690	B.2.13.10) ALTRO	92.746	92.073	100.797	104.829	108.498
B0700	B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORDINARI)	116.297	95.430	135.324	144.399	151.011
B0710	B.3.A) - AGLI IMMOBILI E LORO PERTINENZ	54.166	40.434	64.306	69.450	72.923
B0720	B.3.B) - AI MOBILI E MACCHINE	10.992	9.875	13.050	14.094	14.799
B0730	B.3.C) - ALLE ATTREZZATURE TECNICO-SCIE	50.083	44.067	56.804	59.644	62.030
B0740	B.3.D) - PER LA MANUT. DI AUTOMEZZI (SA	1.056	1.054	1.164	1.211	1.259
B0750	B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	59.044	58.463	73.527	79.468	82.425
B0760	B.4.A) FITTI REALI	21.190	20.566	23.140	23.834	24.311
B0770	B.4.B) CANONI DI NOLEGGIO	25.973	19.216	35.063	39.271	41.235
B0780	B.4.C) CANONI DI LEASING OPERATIVO	7.232	11.400	8.982	9.431	9.620
B0781	B.4.D) CANONI DI LEASING FINANZIARIO	4.166	5.588	5.849	6.434	6.756
B0790	B.4.E) ALTRO	483	1.693	493	498	503
B0800	B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	2.429.039	2.489.387	2.672.917	2.803.890	2.941.281
B0810	B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	16.004	10.990	17.644	18.526	19.452
B0820	B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	352.730	342.646	359.820	363.418	367.052
B0830	B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	278.044	270.633	306.543	321.870	337.964
B0840	B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	143.643	121.357	186.986	194.700	198.443
B0850	B.9.A) INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONE	14.572	13.254	14.865	15.014	15.164
B0860	B.9.B) PREMI DI ASSICURAZIONE	54.413	53.133	70.520	74.046	75.527
B0861	B.9.C) SPESE LEGALI	41.280	29.709	66.874	70.218	71.622
B0870	B.9.D) ALTRO	33.378	25.261	34.727	35.422	36.130
B0880	B.10) AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI	5.078	5.074	5.078	5.078	5.078
B0890	B.11) AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	46.768	51.320	46.768	46.768	46.768
B0900	B.11.A) DISPONIBILI	2.522	2.918	2.522	2.522	2.522
B0910	B.11.B) INDISPONIBILI	44.246	48.402	44.246	44.246	44.246
B0920	B.12) AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZA	61.464	60.471	61.464	61.464	61.464
B0930	B.13) SVALUTAZIONE DEI CREDITI	103	25	103	103	103
B0940	B.14) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-15.101	-16.315	-2.718	-2.447	-2.202
B0950	B.14.A) SANITARIE	-14.914	-17.237	-2.685	-2.417	-2.175
B0960	B.14.B) NON SANITARIE	-187	922	-33	-30	-27
B0970	B.15) ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	327.168	66.678	147.143	136.466	136.726
B0980	B.15.A) PER RISCHI	52.950	16.847	52.950	52.950	52.950
B0990	B.15.B) PER TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	13	9	13	13	13
B1000	B.15.C) PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	4.484	2.801	4.943	5.190	5.450
B1010	B.15.D) ALTRI ACCANTONAMENTI	269.721	47.021	89.237	78.313	78.313
B9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	9.168.055	8.839.125	9.899.897	10.364.617	10.825.552
C0010	C.1) INTERESSI ATTIVI	5.615	30	1.218	1.218	1.218
C0020	C.1.A) SU C/ TESORERIA	67	9	67	67	67
C0030	C.1.B) SU C/C POSTALI E BANCARI	52	18	52	52	52

C0040	C.1.C) VARI	5.496	3	1.099	1.099	1.099
C0050	C.2) ALTRI PROVENTI	24	1	24	24	24
C0060	C.3) INTERESSI PASSIVI	82.029	87.017	97.562	105.056	112.146
C0070	C.3.A) PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	4.987	5.326	5.189	5.293	5.399
C0080	C.3.B) SU MUTUI	2.050	1.600	2.458	2.655	2.841
C0090	C.3.C) ALTRI INTERESSI PASSIVI	74.992	80.091	89.915	97.108	103.906
C0100	C.4) ALTRI ONERI	8.838	11.533	9.560	9.942	10.340
C9999	TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	-85.228	-98.519	-105.880	-113.756	-121.244
D0010	D.1) RIVALUTAZIONI	0	63	0	0	0
D0020	D.2) SVALUTAZIONI	0	0	0	0	0
D9999	TOTALE RETTIFICHE DI VALOIRE DI ATTIVITA'	0	63	0	0	0
E0010	E.1) MINUSVALENZE	607	27	607	607	607
E0020	E.2) PLUSVALENZE	3.764	39	3.764	3.764	3.764
E0030	E.2.A) VENDITA DI BENI FUORI USO	2.712	12	2.712	2.712	2.712
E0040	E.2.B) ALTRO	1.052	27	1.052	1.052	1.052
E0050	E.3) ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIV	1.400	966	1.400	1.400	1.400
E0060	E.4) CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATT	4.886	8.790	4.886	4.886	4.886
E0070	E.5) SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE	-326.724	-88.561	-140.969	-120.849	-120.849
E0080	E.5.A.1) SOPRAVVENIENZE ATTIVE	37.230	13.837	28.481	28.481	28.481
E0081	E.5.A.2) INSUSSISTENZE PASSIVE	41.506	29.785	31.752	31.752	31.752
E0090	E.5.B.1) SOPRAVVENIENZE PASSIVE	363.674	131.974	174.563	157.107	157.107
E0091	E.5.B.2) INSUSSISTENZE ATTIVE	41.786	209	26.639	23.975	23.975
E9999	TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	-320.081	-80.725	-134.326	-114.206	-114.206
X0010	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C)	-1.604.162	-479.041	-1.274.144	-1.444.620	-1.616.043
Y0010	IRAP	224.459	239.539	247.466	259.839	272.831
Y0020	IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'AZIE	5.872	3.955	5.872	5.872	5.872
Y0030	ACCANTONAMENTO IMPOSTE	1.269	870	1.269	1.269	1.269
Y9999	TOTALE IMPOSTE E TASSE	231.600	244.364	254.607	266.980	279.972
Z9999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-1.835.762	-723.405	-1.528.751	-1.711.600	-1.896.015

Codice Voce Ce	CONTO ECONOMICO PROGRAMMATICO (Modello CE)	cons 2005 agg.to 14.2.07	IV trimestre 2006	Obiettivo 2007	Obiettivo 2008	Obiettivo 2009
A0010	A.1) CONTRIBUTI IN C/ESERCIZIO	7.733.010	8.328.306	8.655.000	8.937.000	9.234.000
A0020	A.1.A) DA REGIONE E PROV. AUT. PER QUOT	7.689.945	8.251.365	8.578.000	8.860.000	9.157.000
A0030	A.1.B) DA ENTI PUBBLICI PER ULTERIORI T	40.832	76.022	76.000	76.000	76.000
A0040	A.1.C) DA ENTI PRIVATI	2.233	919	1.000	1.000	1.000
A0050	A.2) PROVENTI E RICAVI DIVERSI	103.557	87.251	87.251	87.251	87.251
A0060	A.2.A) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	11.326	0	0	0	0
A0070	A.2.A.1) AD ALTRE ASL E A.O. DELLA RE	0	0	0	0	0
A0080	A.2.A.2) AD ALTRI SOGGETTI PUBBLICI D	11.326	0	0	0	0
A0090	A.2.A.3) A SOGGETTI PUBBLICI EXTRA RE	0	0	0	0	0
A0100	A.2.B) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	18.818	20.069	20.069	20.069	20.069
A0110	A.2.C) PER PRESTAZIONI SANITARIE EROGAT	48.602	44.377	44.377	44.377	44.377
A0120	A.2.D) PER PRESTAZIONI NON SANITARIE	2.124	1.685	1.685	1.685	1.685
A0130	A.2.E) FITTI ATTIVI	1.933	1.888	1.888	1.888	1.888
A0140	A.2.F) ALTRI PROVENTI	20.754	19.232	19.232	19.232	19.232
A0150	A.3) CONCORSI, RECUPERI E RIMBORSI PER AT	36.597	24.856	24.856	24.856	24.856
A0160	A.4) COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRE	31.866	33.830	33.830	33.830	33.830
A0170	A.5) COSTI CAPITALIZZATI	64.172	65.022	65.022	65.022	65.022
A0180	A.5.1) DA UTILIZZO CONTRIBUTI IN C/CAP	64.172	65.022	65.022	65.022	65.022
A0190	A.5.2) DA COSTI SOSTENUTI IN ECONOMIA	0	0	0	0	0
A9999	TOTALE VALORE DELLA PRODUZIONE (A)	7.969.202	8.539.265	8.865.959	9.147.959	9.444.959
B0010	B.1) ACQUISTI DI BENI	859.875	897.486	989.826	1.015.547	995.456
B0020	B.1.A) PRODOTTI FARMACEUTICI	430.046	475.220	507.724	495.722	459.024
B0030	B.1.B) EMODERIVATI E PRODOTTI DIETETICI	22.383	28.351	33.042	37.970	40.686
B0040	B.1.C) MATERIALI PER LA PROFILASSI (VAC	14.960	14.953	22.383	26.368	29.211

B0050	B.1.D) MATERIALI DIAGNOSTICI PRODOTTI C	85.556	85.202	95.395	101.254	102.237
B0060	B.1.E) MATERIALI DIAGNOSTICI, LASTRE RX	22.068	25.519	29.844	35.861	40.686
B0070	B.1.F) PRESIDI CHIRURGICI E MATERIALI S	174.271	157.527	177.477	188.796	190.912
B0080	B.1.G) MATERIALI PROTESICI E MATERIALI	69.296	71.692	79.940	84.378	87.632
B0090	B.1.H) PRODOTTI FARMACEUTICI PER USO VE	505	391	533	527	522
B0100	B.1.I) MATERIALI CHIRURGICI, SANITARI E	357	384	426	478	522
B0110	B.1.J) PRODOTTI ALIMENTARI	2.143	1.920	2.345	2.426	2.504
B0120	B.1.K) MATERIALI DI GUARDAROBA, DI PULI	4.317	3.569	4.263	4.430	4.590
B0130	B.1.L) COMBUSTIBILI, CARBURANTI E LUBRI	12.344	13.005	13.856	14.239	14.084
B0140	B.1.M) SUPPORTI INFORMATICI E CANCELLER	14.228	13.469	14.602	14.766	14.814
B0150	B.1.N) MATERIALE PER LA MANUTENZIONE DI	3.833	2.893	4.157	4.113	4.069
B0160	B.1.N.1) - IMMOBILI E LORO PERTINENZE	1.661	1.348	1.812	1.793	1.774
B0170	B.1.N.2) - MOBILI E MACCHINE	683	382	640	633	626
B0180	B.1.N.3) - ATTREZZATURE TECNICO SCIEN	1.419	1.116	1.599	1.582	1.565
B0190	B.1.N.4) - AUTOMEZZI (SANITARI E NON)	70	47	107	105	104
B0200	B.1.O) ALTRO	3.568	3.391	3.837	4.219	3.964
B0210	B.2) ACQUISTI DI SERVIZI	4.487.899	4.385.480	4.444.736	4.557.858	4.637.940
B0220	B.2.1) PER MEDICINA DI BASE -	651.532	671.880	677.790	691.346	705.173
B0221	B.2.1.1) - DA CONVENZIONE	651.532	671.880	677.790	691.346	705.173
B0222	B.2.1.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0223	B.2.1.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0230	B.2.2) PER FARMACEUTICA -	1.234.400	1.215.945	1.142.320	1.150.601	1.160.502
B0231	B.2.2.1) - DA CONVENZIONE	1.234.400	1.215.945	1.142.320	1.150.601	1.160.502
B0232	B.2.2.2) - DA PUBBLICO (ASL DELLA REG	0	0	0	0	0
B0233	B.2.2.3) - DA PUBBLICO (ASL EXTRA REG	0	0	0	0	0
B0240	B.2.3) PER ASSISTENZA SPECIALISTICA AM	544.832	584.280	555.435	571.200	582.600
B0250	B.2.3.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0260	B.2.3.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	1.093	0	0	0	0
B0270	B.2.3.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0280	B.2.3.4) - DA PRIVATO	543.739	584.280	555.435	571.200	582.600
B0290	B.2.4) PER ASSISTENZA RIABILITATIVA -	344.998	293.421	317.391	326.400	333.000
B0300	B.2.4.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0310	B.2.4.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0320	B.2.4.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0330	B.2.4.4) - DA PRIVATO	344.998	293.421	317.391	326.400	333.000
B0340	B.2.5) PER ASSISTENZA INTEGRATIVA E PR	134.120	136.771	136.875	140.760	143.600
B0350	B.2.5.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0360	B.2.5.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	0	0	0	0	0
B0370	B.2.5.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0380	B.2.5.4) - DA PRIVATO	134.120	136.771	136.875	140.760	143.600
B0390	B.2.6) PER ASSISTENZA OSPEDALIERA -	735.049	652.400	711.651	731.850	746.500
B0400	B.2.6.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0410	B.2.6.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	198	0	0	0	0
B0420	B.2.6.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0430	B.2.6.4) - DA PRIVATO	734.851	652.400	711.651	731.850	746.500
B0440	B.2.7) PER ALTRA ASSISTENZA -	101.490	88.592	104.144	135.000	160.000
B0451	B.2.7.1) - DA PUBBLICO (ASL E AZIENDE	0	0	0	0	0
B0452	B.2.7.2) - DA PUBBLICO (ALTRI SOGGETT	14.131	0	0	0	0
B0453	B.2.7.3) - DA PUBBLICO (EXTRA REGIONE	0	0	0	0	0
B0460	B.2.7.4) - DA PRIVATO	87.359	88.592	104.144	135.000	160.000
B0470	B.2.8) COMPARTICIPAZIONE AL PERSONALE P	42.750	40.340	40.340	40.340	40.340
B0480	B.2.9) RIMBORSI, ASSEGNI E CONTRIBUTI	120.292	134.818	147.942	149.476	150.956
B0490	B.2.9.1) CONTRIBUTI AD ASSOCIAZIONI D	2.310	2.486	2.984	3.164	3.338
B0500	B.2.9.2) ALTRO	117.982	132.332	144.958	146.312	147.618
B0510	B.2.10) CONSULENZE	86.240	75.715	85.269	89.757	88.905
B0520	B.2.10.1) SANITARIE	61.323	53.443	58.623	60.225	59.694
B0530	B.2.10.2) NON SANITARIE	24.917	22.272	26.647	29.532	29.211
B0540	B.2.11) ALTRI SERVIZI SANITARI	34.382	40.318	42.208	42.600	42.966
B0550	B.2.11.1) TRASPORTI SANITARI PER L'EM	19.000	21.516	21.317	21.516	21.699
B0560	B.2.11.2) TRASPORTI SANITARI PER L'UR	2.787	2.613	2.771	2.795	2.817

B0570	B.2.11.3) ALTRO	12.595	16.189	18.120	18.289	18.450
B0580	B.2.12) FORMAZIONE (ESTERNALIZZATA E NON	10.705	8.137	9.593	9.682	9.769
B0590	B.2.13) SERVIZI NON SANITARI	447.109	442.863	473.778	478.846	473.629
B0600	B.2.13.1) LAVANDERIA	35.858	34.510	36.239	36.388	35.470
B0610	B.2.13.2) PULIZIA	122.074	119.039	125.772	124.985	123.102
B0620	B.2.13.3) MENSA	92.562	92.134	98.060	97.562	95.978
B0630	B.2.13.4) RISCALDAMENTO	16.563	17.886	18.653	17.930	17.213
B0640	B.2.13.5) ELABORAZIONE DATI	10.462	10.177	12.790	14.766	15.649
B0650	B.2.13.6) SERVIZI TRASPORTI (NON SAN	854	737	1.066	1.055	1.043
B0660	B.2.13.7) SMALTIMENTO RIFIUTI	11.995	11.669	12.257	12.657	11.997
B0670	B.2.13.8) UTENZE TELEFONICHE	24.370	21.612	22.916	23.204	22.951
B0680	B.2.13.9) ALTRE UTENZE	39.625	43.026	46.898	48.517	47.989
B0690	B.2.13.10) ALTRO	92.746	92.073	99.126	101.781	102.237
B0700	B.3) MANUTENZIONE E RIPARAZIONE (ORDINARI)	116.297	95.430	105.521	118.235	120.129
B0710	B.3.A) - AGLI IMMOBILI E LORO PERTINENZ	54.166	40.434	44.766	49.572	49.032
B0720	B.3.B) - AI MOBILI E MACCHINE	10.992	9.875	10.659	13.711	13.562
B0730	B.3.C) - ALLE ATTREZZATURE TECNICO-SCIE	50.083	44.067	49.030	53.791	56.335
B0740	B.3.D) - PER LA MANUT. DI AUTOMEZZI (SA	1.056	1.054	1.066	1.160	1.200
B0750	B.4) GODIMENTO DI BENI DI TERZI	59.044	58.463	63.419	70.667	73.548
B0760	B.4.A) FITTI REALI	21.190	20.566	21.317	22.149	22.430
B0770	B.4.B) CANONI DI NOLEGGIO	25.973	19.216	21.317	23.204	25.038
B0780	B.4.C) CANONI DI LEASING OPERATIVO	7.232	11.400	12.790	15.821	16.692
B0781	B.4.D) CANONI DI LEASING FINANZIARIO	4.166	5.588	6.395	7.383	7.303
B0790	B.4.E) ALTRO	483	1.693	1.599	2.109	2.086
B0800	B.5) PERSONALE DEL RUOLO SANITARIO	2.429.039	2.489.387	2.500.794	2.527.002	2.618.981
B0810	B.6) PERSONALE DEL RUOLO PROFESSIONALE	16.004	10.990	11.040	11.156	11.562
B0820	B.7) PERSONALE DEL RUOLO TECNICO	352.730	342.646	344.216	347.823	360.483
B0830	B.8) PERSONALE DEL RUOLO AMMINISTRATIVO	278.044	270.633	271.874	274.723	284.723
B0840	B.9) ONERI DIVERSI DI GESTIONE	143.643	121.357	130.355	126.377	128.568
B0850	B.9.A) INDENNITA', RIMBORSO SPESE E ONE	14.572	13.254	15.242	15.294	15.127
B0860	B.9.B) PREMI DI ASSICURAZIONE	54.413	53.133	56.491	58.010	59.193
B0861	B.9.C) SPESE LEGALI	41.280	29.709	29.844	21.432	19.821
B0870	B.9.D) ALTRO	33.378	25.261	28.778	31.642	34.427
B0880	B.10) AMMORTAMENTI DELLE IMMOBILIZZAZIONI	5.078	5.074	5.078	5.078	5.078
B0890	B.11) AMMORTAMENTO DEI FABBRICATI	46.768	51.320	46.768	46.768	46.768
B0900	B.11.A) DISPONIBILI	2.522	2.918	2.522	2.522	2.522
B0910	B.11.B) INDISPONIBILI	44.246	48.402	44.246	44.246	44.246
B0920	B.12) AMMORTAMENTI DELLE ALTRE IMMOBILIZZA	61.464	60.471	61.464	61.464	61.464
B0930	B.13) SVALUTAZIONE DEI CREDITI	103	25	45	45	45
B0940	B.14) VARIAZIONE DELLE RIMANENZE	-15.101	-16.315	0	0	0
B0950	B.14.A) SANITARIE	-14.914	-17.237	0	0	0
B0960	B.14.B) NON SANITARIE	-187	922	0	0	0
B0970	B.15) ACCANTONAMENTI TIPICI DELL'ESERCIZIO	327.168	66.678	98.505	165.505	248.654
B0980	B.15.A) PER RISCHI	52.950	16.847	80.000	115.000	149.149
B0990	B.15.B) PER TRATTAMENTO DI FINE RAPPORTO	13	9	5	5	5
B1000	B.15.C) PER PREMIO DI OPEROSITA' (SUMAI)	4.484	2.801	4.500	4.500	4.500
B1010	B.15.D) ALTRI ACCANTONAMENTI	269.721	47.021	14.000	46.000	95.000
B9999	TOTALE COSTI DELLA PRODUZIONE (B)	9.168.055	8.839.125	9.073.642	9.328.249	9.593.398
C0010	C.1) INTERESSI ATTIVI	5.615	30	1.078	1.078	1.078
C0020	C.1.A) SU C/TESORERIA	67	9	50	50	50
C0030	C.1.B) SU C/C POSTALI E BANCARI	52	18	28	28	28
C0040	C.1.C) VARI	5.496	3	1.000	1.000	1.000
C0050	C.2) ALTRI PROVENTI	24	1	20	20	20
C0060	C.3) INTERESSI PASSIVI	82.029	87.017	81.950	71.000	60.050
C0070	C.3.A) PER ANTICIPAZIONI DI TESORERIA	4.987	5.326	5.500	4.500	3.500
C0080	C.3.B) SU MUTUI	2.050	1.600	2.450	2.500	2.550
C0090	C.3.C) ALTRI INTERESSI PASSIVI	74.992	80.091	74.000	64.000	54.000
C0100	C.4) ALTRI ONERI	8.838	11.533	7.000	5.000	5.000

C9999	TOTALE PROVENTI E ONERI FINANZIARI (C)	-85.228	-98.519	-87.852	-74.902	-63.952
D0010	D.1) RIVALUTAZIONI	0	63	0	0	0
D0020	D.2) SVALUTAZIONI	0	0	0	0	0
D9999	TOTALE RETTIFICHE DI VALOIRE DI ATTIVITA'	0	63	0	0	0
E0010	E.1) MINUSVALENZE	607	27	30	30	30
E0020	E.2) PLUSVALENZE	3.764	39	50	50	50
E0030	E.2.A) VENDITA DI BENI FUORI USO	2.712	12	25	25	25
E0040	E.2.B) ALTRO	1.052	27	25	25	25
E0050	E.3) ACCANTONAMENTI NON TIPICI DELL'ATTIV	1.400	966	2.000	2.000	2.000
E0060	E.4) CONCORSI, RECUPERI, RIMBORSI PER ATT	4.886	8.790	9.000	9.000	9.000
E0070	E.5) SOPRAVVENIENZE E INSUSSISTENZE	-326.724	-88.561	-79.000	-64.000	-49.000
E0080	E.5.A.1) SOPRAVVENIENZE ATTIVE	37.230	13.837	15.000	13.000	11.000
E0081	E.5.A.2) INSUSSISTENZE PASSIVE	41.506	29.785	25.000	15.000	10.000
E0090	E.5.B.1) SOPRAVVENIENZE PASSIVE	363.674	131.974	100.000	80.000	60.000
E0091	E.5.B.2) INSUSSISTENZE ATTIVE	41.786	209	19.000	12.000	10.000
E9999	TOTALE PROVENTI E ONERI STRAORDINARI (E)	-320.081	-80.725	-71.980	-56.980	-41.980
X0010	RISULTATO PRIMA DELLE IMPOSTE (A - B +/- C	-1.604.162	-479.041	-367.515	-312.172	-254.371
Y0010	IRAP	224.459	239.539	242.750	247.735	252.820
Y0020	IMPOSTE, TASSE, TRIBUTI A CARICO DELL'AZIE	5.872	3.955	5.000	5.000	5.000
Y0030	ACCANTONAMENTO IMPOSTE	1.269	870	1.500	1.500	1.500
Y9999	TOTALE IMPOSTE E TASSE	231.600	244.364	249.250	254.235	259.320
Z9999	UTILE O PERDITA DI ESERCIZIO	-1.835.762	-723.405	-616.765	-566.407	-513.691

LA 2005 - 2009 (tendenziale) TOTALE COSTI (N.B.: con mobilità interregionale)

Cod.	Descrizione livello di Assistenza - Importi in migliaia di Euro	2005	2006	2007	2008	2009
10100	Igiene e sanità pubblica	82.264	83.841	93.982	98.055	102.274
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	46.246	48.007	53.813	56.146	58.562
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	51.898	52.579	58.938	61.493	64.139
10400	Sanità pubblica veterinaria	115.437	116.179	130.231	135.876	141.722
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	82.465	83.558	93.664	97.724	101.929
10600	Servizio medico legale	56.540	57.836	64.831	67.641	70.552
19999	Totale Assistenza sanitaria Collettiva	434.850	442.000	495.460	516.936	539.176
20100	Guardia medica	125.585	120.333	134.887	140.734	146.789
20201	Medicina generale - Medicina generica	583.451	574.468	643.950	671.862	700.768
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	131.097	129.982	145.703	152.019	158.559
20300	Emergenza sanitaria territoriale	105.649	106.661	119.562	124.744	130.111
20401	Ass. farmaceutica - farmacie convenzionate	1.285.862	1.259.991	1.412.387	1.473.607	1.537.008
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione	191.097	200.712	224.988	234.740	244.840
20500	Assistenza integrativa	87.986	89.162	99.946	104.278	108.765
20601	Assistenza specialistica - Clinica	377.396	443.386	497.014	518.556	540.867
20602	Assistenza specialistica - Laboratorio	309.529	285.505	320.037	333.909	348.275
20603	Assistenza specialistica - Diagnostica	272.859	272.460	305.414	318.652	332.362
20700	Assistenza protesica	100.116	99.848	111.925	116.776	121.800
20801	Ass.za terr. amb. e dom.re progr. a domicilio (ADI)	41.473	41.967	47.043	49.082	51.194
20802	Ass.za terr. amb. e dom.re alle donne (consultori)	96.375	78.395	87.877	91.686	95.631
20803	Ass.za terr. amb. e dom.re psichiatrica	174.706	165.160	185.136	193.161	201.471
20804	Ass.za terr. amb. e dom.re riabilitativa ai disabili	237.549	176.718	198.092	206.678	215.571
20805	Ass.za terr. amb. e dom.re ai tossicodipendenti	80.814	71.325	79.952	83.417	87.006
20806	Ass.za terr. amb. e dom.re agli anziani	29.263	27.151	30.435	31.754	33.120
20807	Ass.za terr. amb. e dom.re ai malati terminali	2.682	2.842	3.186	3.324	3.467
20808	Ass.za terr. amb. e dom.re a persone affette HIV	232	975	1.093	1.140	1.189
20901	Ass.za terr. semires.le psichiatrica	53.120	50.637	56.762	59.222	61.770
20902	Ass.za terr. semires.le riabilitativa ai disabili	82.224	80.887	90.670	94.600	98.670
20903	Ass.za terr. semires.le ai tossicodipendenti	7.383	7.511	8.419	8.784	9.162
20904	Ass.za terr. semires.le agli anziani	10.154	9.862	11.055	11.534	12.030
20905	Ass.za terr. semires.le a persone affette da HIV	488	551	618	644	672
20906	Ass.za terr. semires.le ai malati terminali	0	550	617	643	671
21001	Ass.za terr. res.le psichiatrica	43.770	58.441	65.509	68.349	71.290

21002	Ass.za terr. res.le riabilitativa ai disabili	132.188	130.608	146.405	152.751	159.323
21003	Ass.za terr. res.le ai tossicodipendenti	13.657	10.650	11.938	12.456	12.991
21004	Ass.za terr. res.le agli anziani	12.942	14.788	16.577	17.295	18.039
21005	Ass.za terr. res.le a persone affette da HIV	0	200	224	234	244
21006	Ass.za terr. res.le ai malati terminali	0	0	0	0	0
21100	Assistenza idrotermale	16.114	15.064	16.886	17.618	18.376
29999	Totale Assistenza Distrettuale	4.605.761	4.526.790	5.074.306	5.294.250	5.522.032
30100	Attività di pronto soccorso	363.819	328.703	368.460	384.430	400.970
30201	Ass. ospedaliera acuti Day Hospital/Day Surgery	713.444	639.891	717.286	748.376	780.575
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	3.787.681	3.406.132	3.818.104	3.983.599	4.154.991
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	1.812	1.749	1.961	2.046	2.134
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	22.954	27.810	31.174	32.525	33.924
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	143.389	137.835	154.506	161.203	168.139
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	52.323	50.482	56.588	59.041	61.581
30700	Trapianto organi e tessuti	6.775	5.933	6.651	6.939	7.237
39999	Totale Assistenza Ospedaliera	5.092.197	4.598.535	5.154.729	5.378.158	5.609.551
49999	TOTALE	10.132.808	9.567.325	10.724.495	11.189.344	11.670.759

LA 2005 - 2009 PROGRAMMATICO

Cod.	Livello di Assistenza - Euro/000	2005	2006	2007	2008	2009
10100	Igiene e sanità pubblica	82.264	83.841	85.841	88.541	91.091
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	46.246	48.007	50.007	52.857	55.407
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	51.898	52.579	54.379	57.079	59.529
10400	Sanità pubblica veterinaria	115.437	116.179	117.979	120.929	123.879
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone	82.465	83.558	85.658	88.458	91.108
10600	Servizio medico legale	56.540	57.836	59.536	62.236	64.686
19999	Totale Assistenza sanitaria Collettiva	434.850	442.000	453.400	470.100	485.700
20100	Guardia medica	125.585	120.333	118.153	115.053	118.153
20201	Medicina generale - Medicina generica	583.451	574.468	578.968	590.058	603.279
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	131.097	129.982	133.172	134.172	135.472
20300	Emergenza sanitaria territoriale	105.649	106.661	113.661	121.017	124.723
20401	Ass. farmaceutica - farmacie convenzionate	1.285.862	1.259.991	1.186.366	1.194.647	1.206.948
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione	191.097	200.712	213.143	220.863	223.263
20500	Assistenza integrativa	87.986	89.162	91.162	91.777	94.777
20601	Assistenza specialistica - Clinica	377.396	443.386	469.044	487.539	525.070
20602	Assistenza specialistica - Laboratorio	309.529	285.505	266.940	267.370	276.320
20603	Assistenza specialistica - Diagnostica	272.859	272.460	268.180	277.545	296.444
20700	Assistenza protesica	100.116	99.848	106.352	113.837	119.227
20801	Ass.za terr. amb. e dom.re progr. a domicilio (ADI)	41.473	41.967	59.172	77.936	104.580
20802	Ass.za terr. amb. e dom.re alle donne (consultori)	96.375	78.395	83.295	87.195	92.656
20803	Ass.za terr. amb. e dom.re psichiatrica	174.706	165.160	145.594	133.294	133.344
20804	Ass.za terr. amb. e dom.re riabilitativa ai disabili	237.549	176.718	182.309	180.009	183.209
20805	Ass.za terr. amb. e dom.re ai tossicodipendenti	80.814	71.325	77.225	78.825	79.275
20806	Ass.za terr. amb. e dom.re agli anziani	29.263	27.151	34.863	37.763	39.523
20807	Ass.za terr. amb. e dom.re ai malati terminali	2.682	2.842	5.242	6.842	9.692
20808	Ass.za terr. amb. e dom.re a persone affette HIV	232	975	3.475	5.075	7.525
20901	Ass.za terr. semires.le psichiatrica	53.120	50.637	53.037	52.530	52.480
20902	Ass.za terr. semires.le riabilitativa ai disabili	82.224	80.887	89.987	92.896	93.146
20903	Ass.za terr. semires.le ai tossicodipendenti	7.383	7.511	9.911	11.411	12.761
20904	Ass.za terr. semires.le agli anziani	10.154	9.862	19.112	25.032	26.032
20905	Ass.za terr. semires.le a persone affette da HIV	488	551	3.951	5.651	7.101
20906	Ass.za terr. semires.le ai malati terminali	0	550	3.950	5.650	8.100
21001	Ass.za terr. res.le psichiatrica	43.770	58.441	89.702	106.431	106.907
21002	Ass.za terr. res.le riabilitativa ai disabili	132.188	130.608	138.587	142.037	145.837
21003	Ass.za terr. res.le ai tossicodipendenti	13.657	10.650	13.600	15.400	17.150
21004	Ass.za terr. res.le agli anziani	12.942	14.788	83.071	125.168	189.918

21005	Ass.za terr. res.le a persone affette da HIV	0	200	3.950	5.950	7.700
21006	Ass.za terr. res.le ai malati terminali	0	0	3.900	5.185	8.735
21100	Assistenza idrotermale	16.114	15.064	16.009	17.191	19.211
29999	Totale Assistenza Distrettuale	4.605.761	4.526.790	4.665.083	4.831.349	5.068.558
30100	Attività di pronto soccorso	363.819	328.703	332.203	335.253	336.603
30201	Ass. ospedaliera acuti Day Hospital/Day Surgery	713.444	639.891	654.109	661.932	659.840
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	3.787.681	3.406.132	3.451.854	3.474.531	3.453.049
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	1.812	1.749	2.900	3.400	4.700
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	22.954	27.810	30.250	30.950	32.300
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	143.389	137.835	132.975	132.260	132.110
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	52.323	50.482	58.682	60.932	63.282
30700	Trapianto organi e tessuti	6.775	5.933	11.076	11.467	13.317
39999	Totale Assistenza Ospedaliera	5.092.197	4.598.535	4.674.049	4.710.725	4.695.201
49999	TOTALE	10.132.808	9.567.325	9.792.532	10.012.174	10.249.459

Cod.	LA 2005 - 2009 PROGRAMMATICO		Costo Pro Capite		Popolazione 1 /1/05		5.788.986
	Livello di Assistenza - Euro/000		2005	2006	2007	2008	
10100	Igiene e sanità pubblica		14,21	14,48	14,83	15,29	15,74
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione		7,99	8,29	8,64	9,13	9,57
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro		8,96	9,08	9,39	9,86	10,28
10400	Sanità pubblica veterinaria		19,94	20,07	20,38	20,89	21,40
10500	Attività di prevenzione rivolte alle persone		14,25	14,43	14,80	15,28	15,74
10600	Servizio medico legale		9,77	9,99	10,28	10,75	11,17
19999	Totale Assistenza sanitaria Collettiva		75,12	76,35	78,32	81,21	83,90
20100	Guardia medica		21,69	20,79	20,41	19,87	20,41
20201	Medicina generale - Medicina generica		100,79	99,23	100,01	101,93	104,21
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta		22,65	22,45	23,00	23,18	23,40
20300	Emergenza sanitaria territoriale		18,25	18,42	19,63	20,90	21,54
20401	Ass. farmaceutica - farmacie convenzionate		222,12	217,65	204,94	206,37	208,49
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione		33,01	34,67	36,82	38,15	38,57
20500	Assistenza integrativa		15,20	15,40	15,75	15,85	16,37
20601	Assistenza specialistica - Clinica		65,19	76,59	81,02	84,22	90,70
20602	Assistenza specialistica - Laboratorio		53,47	49,32	46,11	46,19	47,73
20603	Assistenza specialistica - Diagnostica		47,13	47,07	46,33	47,94	51,21
20700	Assistenza protesica		17,29	17,25	18,37	19,66	20,60
20801	Ass.za terr. amb. e dom.re progr. a domicilio (ADI)		7,16	7,25	10,22	13,46	18,07
20802	Ass.za terr. amb. e dom.re alle donne (consultori)		16,65	13,54	14,39	15,06	16,01
20803	Ass.za terr. amb. e dom.re psichiatrica		30,18	28,53	25,15	23,03	23,03
20804	Ass.za terr. amb. e dom.re riabilitativa ai disabili		41,03	30,53	31,49	31,10	31,65
20805	Ass.za terr. amb. e dom.re ai tossicodipendenti		13,96	12,32	13,34	13,62	13,69
20806	Ass.za terr. amb. e dom.re agli anziani		5,05	4,69	6,02	6,52	6,83
20807	Ass.za terr. amb. e dom.re ai malati terminali		0,46	0,49	0,91	1,18	1,67
20808	Ass.za terr. amb. e dom.re a persone affette HIV		0,04	0,17	0,60	0,88	1,30
20901	Ass.za terr. semires.le psichiatrica		9,18	8,75	9,16	9,07	9,07
20902	Ass.za terr. semires.le riabilitativa ai disabili		14,20	13,97	15,54	16,05	16,09
20903	Ass.za terr. semires.le ai tossicodipendenti		1,28	1,30	1,71	1,97	2,20
20904	Ass.za terr. semires.le agli anziani		1,75	1,70	3,30	4,32	4,50
20905	Ass.za terr. semires.le a persone affette da HIV		0,08	0,10	0,68	0,98	1,23
20906	Ass.za terr. semires.le ai malati terminali		0,00	0,10	0,68	0,98	1,40
21001	Ass.za terr. res.le psichiatrica		7,56	10,10	15,50	18,39	18,47
21002	Ass.za terr. res.le riabilitativa ai disabili		22,83	22,56	23,94	24,54	25,19
21003	Ass.za terr. res.le ai tossicodipendenti		2,36	1,84	2,35	2,66	2,96
21004	Ass.za terr. res.le agli anziani		2,24	2,55	14,35	21,62	32,81
21005	Ass.za terr. res.le a persone affette da HIV		0,00	0,03	0,68	1,03	1,33
21006	Ass.za terr. res.le ai malati terminali		0,00	0,00	0,67	0,90	1,51
21100	Assistenza idrotermale		2,78	2,60	2,77	2,97	3,32
29999	Totale Assistenza Distrettuale		795,61	781,97	805,85	834,58	875,55
30100	Attività di pronto soccorso		62,85	56,78	57,39	57,91	58,15
30201	Ass. ospedaliera acuti Day Hospital/Day		123,24	110,54	112,99	114,34	113,98

Surgery						
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	654,29	588,38	596,28	600,20	596,49
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0,31	0,30	0,50	0,59	0,81
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	3,97	4,80	5,23	5,35	5,58
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	24,77	23,81	22,97	22,85	22,82
30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	9,04	8,72	10,14	10,53	10,93
30700	Trapianto organi e tessuti	1,17	1,02	1,91	1,98	2,30
39999	Totale Assistenza Ospedaliera	879,64	794,36	807,40	813,74	811,06
49999	TOTALE	1.750,36	1.652,68	1.691,58	1.729,52	1.770,51

Cod.	LA 2005 - 2009 PROGRAMMATICO Livello di Assistenza - Euro/000	Incidenza % sul Totale				
		2005	2006	2007	2008	2009
10100	Igiene e sanita` pubblica	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
10200	Igiene degli alimenti e della nutrizione	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
10300	Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
10400	Sanita` pubblica veterinaria	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%
10500	Attivita` di prevenzione rivolte alle persone	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
10600	Servizio medico legale	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%
19999	Totale Assistenza sanitaria Collettiva	4,3%	4,6%	4,6%	4,7%	4,7%
20100	Guardia medica	1,2%	1,3%	1,2%	1,1%	1,2%
20201	Medicina generale - Medicina generica	5,8%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%
20202	Medicina generale - Pediatria di libera scelta	1,3%	1,4%	1,4%	1,3%	1,3%
20300	Emergenza sanitaria territoriale	1,0%	1,1%	1,2%	1,2%	1,2%
20401	Ass. farmaceutica - farmacie convenzionate	12,7%	13,2%	12,1%	11,9%	11,8%
20402	Ass. farmaceutica - Altre forme di erogazione	1,9%	2,1%	2,2%	2,2%	2,2%
20500	Assistenza integrativa	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%	0,9%
20601	Assistenza specialistica - Clinica	3,7%	4,6%	4,8%	4,9%	5,1%
20602	Assistenza specialistica - Laboratorio	3,1%	3,0%	2,7%	2,7%	2,7%
20603	Assistenza specialistica - Diagnostica	2,7%	2,8%	2,7%	2,8%	2,9%
20700	Assistenza protesica	1,0%	1,0%	1,1%	1,1%	1,2%
20801	Ass.za terr. amb. e dom.re progr. a domicilio (ADI)	0,4%	0,4%	0,6%	0,8%	1,0%
20802	Ass.za terr. amb. e dom.re alle donne (consultori)	1,0%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
20803	Ass.za terr. amb. e dom.re psichiatrica	1,7%	1,7%	1,5%	1,3%	1,3%
20804	Ass.za terr. amb. e dom.re riabilitativa ai disabili	2,3%	1,8%	1,9%	1,8%	1,8%
20805	Ass.za terr. amb. e dom.re ai tossicodipendenti	0,8%	0,7%	0,8%	0,8%	0,8%
20806	Ass.za terr. amb. e dom.re agli anziani	0,3%	0,3%	0,4%	0,4%	0,4%
20807	Ass.za terr. amb. e dom.re ai malati terminali	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
20808	Ass.za terr. amb. e dom.re a persone affette HIV	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
20901	Ass.za terr. semires.le psichiatrica	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%	0,5%
20902	Ass.za terr. semires.le riabilitativa ai disabili	0,8%	0,8%	0,9%	0,9%	0,9%
20903	Ass.za terr. semires.le ai tossicodipendenti	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
20904	Ass.za terr. semires.le agli anziani	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%
20905	Ass.za terr. semires.le a persone affette da HIV	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
20906	Ass.za terr. semires.le ai malati terminali	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
21001	Ass.za terr. res.le psichiatrica	0,4%	0,6%	0,9%	1,1%	1,0%
21002	Ass.za terr. res.le riabilitativa ai disabili	1,3%	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%
21003	Ass.za terr. res.le ai tossicodipendenti	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%
21004	Ass.za terr. res.le agli anziani	0,1%	0,2%	0,8%	1,3%	1,9%
21005	Ass.za terr. res.le a persone affette da HIV	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
21006	Ass.za terr. res.le ai malati terminali	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
21100	Assistenza idrotermale	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
29999	Totale Assistenza Distrettuale	45,5%	47,3%	47,6%	48,3%	49,5%
30100	Attivita` di pronto soccorso Ass. ospedaliera acuti Day Hospital/Day	3,6%	3,4%	3,4%	3,3%	3,3%
30201	Surgery	7,0%	6,7%	6,7%	6,6%	6,4%
30202	Ass. ospedaliera per acuti in degenza ordinaria	37,4%	35,6%	35,2%	34,7%	33,7%
30300	Interventi ospedalieri a domicilio	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
30400	Ass. ospedaliera per lungodegenti	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%
30500	Ass. ospedaliera per riabilitazione	1,4%	1,4%	1,4%	1,3%	1,3%

30600	Emocomponenti e servizi trasfusionali	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%
30700	Trapianto organi e tessuti	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
39999	Totale Assistenza Ospedaliera	50,3%	48,1%	47,7%	47,0%	45,8%
49999	TOTALE	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Mentre la spesa per la prevenzione si sta allineando positivamente ai livelli previsti dal PSN, quella ospedaliera si mantiene ancora a livelli molto alti sottraendo risorse in generale all'assistenza distrettuale ed in particolare ad alcune funzioni come l'assistenza domiciliare integrata ed ai malati terminali, l'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti.

Le previsioni dei Modelli LA scaturiscono direttamente dall'analisi del costo dei fattori produttivi e dall'incidenza prevista sui macrolivelli LA dagli interventi previsti dal presente piano.

4. Contabilità analitica e certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie

Il risanamento economico-finanziario dovrà essere accompagnato da un processo di revisione delle funzioni contabili delle singole aziende sanitarie, in modo da assicurare la correttezza dei bilanci e la trasparenza dei processi di monitoraggio dei costi programmati.

Strumento cardine per conseguire questo obiettivo è da un lato pervenire ad una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende della Regione e, dall'altro, alla certificazione dei bilanci delle stesse aziende sanitarie da parte di società specializzate. La Regione Campania si era già mossa in questo senso, stabilendo con l'art. 13 della L.R. n. 10/02 (*Piano Sanitario Regionale*) che "le aziende sanitarie sottopongono i propri bilanci alla valutazione di società di certificazione di riconosciuto prestigio internazionale". Successivamente, con un approfondito studio svolto nel 2005 dall'Università di Salerno su incarico regionale, si è delineato il procedimento necessario per pervenire alla certificazione dello Stato Patrimoniale e del Conto Economico di ciascuna azienda sanitaria nell'arco massimo di tre anni.

Nel frattempo, l'importanza dei processi di revisione contabile è stata fatta propria dal legislatore nazionale, che nella finanziaria 2006 (L. 266/05, art. 1, comma 291) ha stabilito che "con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia ... d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni ... da emanare entro il 31 marzo 2006, sono definiti i criteri e le modalità di certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS di diritto pubblico, degli istituti zooprofilattici sperimentali e delle aziende ospedaliere universitarie".

Nelle more della emanazione di tale decreto, entro due mesi dalla stipula del presente accordo, la Regione Campania elaborerà e presenterà ai Ministeri dell'economia e della salute una bozza di provvedimento organico, finalizzato a pervenire:

- nell'arco di un anno dalla sua adozione, alla introduzione di una contabilità analitica codificata ed uniforme per tutte le aziende della Regione;
- nell'arco di tre anni dalla sua adozione alla completa certificazione dei bilanci aziendali;
- nonché ad una serie di obiettivi intermedi, finalizzati ad assicurare una crescente qualità, correttezza e trasparenza delle contabilità oggetto di monitoraggio trimestrale ed annuale.

Entro tre mesi dalla stipula del presente accordo, qualora non sia stato ancora emanato il suddetto decreto, tenuto conto delle eventuali osservazioni dei Ministeri, la Regione Campania darà immediata attuazione al proprio piano.

5. Situazione e copertura del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Il debito cumulato fino al 31 dicembre 2005 verso fornitori e cessionari allo stato è valutabile in linea capitale, in circa **6.914 milioni** di euro, di cui:

1. **2.750 milioni** oggetto di transazione finanziaria (Soresa) e da ammortizzare su un arco temporale trentennale. Per essi la regione ha già disposto la **copertura economico-finanziaria a valere sull'incremento (al di sotto della misura massima) già deliberato delle aliquote** di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per 170 milioni annui;
2. ulteriori **4.164 milioni** a fronte dei quali la regione ha titolo alle seguenti entrate:
 - spettanze residue anni 2001-2005 (subordinate per l'anno 2005 all'approvazione del DPCM di riparto delle somme da compartecipazione IVA): **2.570 milioni** di euro (di cui 430 milioni erogati nel 2005 e trasferiti alle aziende nel corso del 2006 e 832 milioni di euro erogati a fine 2006);
 - ripiano dei disavanzi 2002-2004: **100 milioni** di euro;
 - ripiano dei disavanzi di irccs e policlinici periodo 2001-2003: **124 milioni** di euro;
 - somme rivenienti dall'automatismo fiscale (articolo 1, comma 174, legge 311/2004, come integrato dall'articolo 1, comma 277, legge 266/2005) relativo all'anno d'imposta 2006, per la copertura del disavanzo 2005: **218 milioni** di euro, come quantificati dal competente Dipartimento per le Politiche Fiscali, la cui erogazione presumibilmente avverrà nel 2008;

Conseguentemente il debito è rideterminato in **1.152 milioni** di euro. Considerando le seguenti ulteriori coperture:

- somme rivenienti dalla copertura regionale disposta per il deficit del 2005 e pari a **200 mln** di euro;
- concorso statale al ripiano dei disavanzi 2005 e precedenti (quota parte dell'accantonamento di 3.000 mln di euro previsto nella legge finanziaria per il 2007): stimabile in circa **320 milioni** di euro, in attesa del perfezionamento dell'iter legislativo ed amministrativo,

il debito residuo è pari a circa **630 milioni** di euro.

Con riferimento al predetto livello di circa 630 milioni di euro di debito:

1) lo Stato si impegna ad attivare gli strumenti legislativi ed amministrativi per consentirne il rimborso nel corso dell'anno 2008, mediante l'erogazione alla Regione di una somma a titolo di prestito di ammontare pari al debito da estinguere;

2) in relazione a tale operazione finanziaria da parte dello Stato, la regione garantisce per via legislativa la copertura e conseguentemente si impegna a rimborsare mediante versamento annuale all'entrata del bilancio dello Stato, a decorrere dal 2008, una somma pari a **38 milioni** di euro per trenta anni, derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. L'importo di detta rata deriva dall'applicazione di un interesse, a carico della Regione, pari al 4,57%, ovvero il tasso corrente di mercato relativo al BTP scadenza febbraio 2037, ed equivalente ad un tasso euribor a 6 mesi + 14.5 punti base.

Qualora dalle operazioni di accertamento definitivo del debito cumulato al 31 dicembre 2005 deriverà un livello complessivo del debito inferiore, in conseguenza del quale lo Stato procederà all'erogazione di un prestito in favore della Regione di entità inferiore, la predetta rata di 38 milioni di euro a carico della regione sarà conseguentemente rideterminata.

Qualora la predetta operazione finanziaria SORESA sia completata ad un livello inferiore ai 2.750 milioni di euro, lo Stato si impegna ad erogare l'ulteriore importo di prestito corrispondente al

differenziale non coperto dalla predetta operazione SORESA. Resta ferma la complessiva copertura a carico della Regione dell'ammortamento del debito per 208 milioni annui per trenta anni

Ricognizione delle posizioni debitoria e creditoria e procedure di pagamento.

Con riferimento al debito che non è stato oggetto di transazione finanziaria, la Regione si impegna a procedere all'accertamento completo e definitivo della situazione debitoria, ivi comprese le eventuali somme dovute a titolo di interesse per i ritardati pagamenti, entro il 30/06/2007. Ciò anche al fine di predisporre gli adeguati strumenti di copertura. A tal fine la Regione si impegna ad attivare il seguente procedimento accertativo che coinvolgerà anche la posizione debitoria regionale generata dalla gestione dell'esercizio 2006.

La struttura amministrativa responsabile del procedimento è individuata presso la So.Re.Sa. S.p.a.

(1) procedura di determinazione della posizione debitoria

- a. La struttura amministrativa di cui sopra acquisisce dalle aziende l'elenco completo dei loro fornitori, nonché di ogni altro soggetto creditore delle aziende stesse, ai quali invia un prospetto standard in formato elettronico, con il quale si richiedono:
 - i. Dettaglio fatture emesse fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
 - ii. Dettaglio fatture emesse dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi ricevuti, indicazione di eventuali cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso, ASL/AO debitrice) e di ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un credito da parte dei soggetti terzi;
- b. La struttura amministrativa richiede alle Aziende sanitarie, distintamente per ciascun soggetto per il quale risulti aperta una posizione debitoria:
 - i. Dettaglio fatture ricevute fino al 31.12.2005 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - ii. Dettaglio fatture ricevute dal 1 gennaio 2006 sino al 31.12.2006 (Numero, data, importo, nota di credito, eventuali anticipi versati, indicazione di eventuali notifiche ricevute di cessionari e/o mandatarî all'incasso, procedure legali in corso) e ogni altro titolo che abbia dato luogo ad iscrizione di un debito;
 - iii. Dettaglio dei titoli che abbiano dato luogo a iscrizione di debiti verso altri soggetti;
 - iv. Verifica dei documenti sottostanti alle scritture contabili e della sussistenza del debito aziendale.
- c. Sulla base delle informazioni ricevute, la struttura amministrativa verifica e riconcilia le posizioni per le quali sussiste una coincidenza di informazioni rese dalle aziende e dai soggetti creditori. I relativi dati sono trasmessi alle aziende. Le aziende

e la struttura amministrativa procedendo alla certificazione delle posizioni debitorie pagabili.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria, fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende.

In particolare ove la posta risulti iscritta a debito dell'azienda sanitaria, ma non a credito di terzi, l'indagine è volta a stabilire se possa essere cancellata dalla contabilità aziendale. In particolare la struttura amministrativa procede alla ricognizione delle procedure di pignoramento subite dalle aziende, verificando la cancellazione dalle rispettive contabilità dei debiti per i quali le procedure si sono concluse; procede alla verifica e alla cancellazione dei debiti che, inseriti nelle operazioni di cartolarizzazione/ristrutturazione finanziaria, non sono stati cancellati dai debiti commerciali. L'insussistenza del debito è certificata dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei debiti cancellati è data informazione a specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze. La struttura amministrativa dispone e verifica che presso le aziende sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento ovvero altra causa che ha dato luogo alla cancellazione del debito.

Ove il debito non risulti iscritto nella contabilità l'azienda richiede al creditore la produzione della documentazione idonea a dimostrare il proprio credito. Le procedure per il riconoscimento del credito vantato dai terzi e la conseguente iscrizione in contabilità del debito aziendale sono precisamente fissate dalla struttura amministrativa regionale. Tutte le iscrizioni di debiti sono certificate dall'azienda sanitaria e dalla struttura amministrativa e sono comunicate alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

- d. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura amministrativa presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio.
- e. La struttura amministrativa predispone un elenco delle posizioni di debito/credito interne al sistema sanitario regionale.

(2) procedura di determinazione della posizione creditoria

- a. La struttura amministrativa procede alla ricognizione puntuale dei crediti vantati dalle aziende verso soggetti terzi. In particolare, per ciascuna azienda, individua l'elenco completo dei soggetti debitori, del titolo da cui discende il credito aziendale, di eventuali contenziosi in essere. Sulla base di questa ricostruzione procede ad un riscontro presso i debitori individuati al fine della riconciliazione del dato.

Relativamente alle posizioni non riconciliate la struttura dispone un supplemento di istruttoria fornendo in proposito istruzioni puntuali alle proprie aziende. In particolare ove sia accertata, l'insussistenza o l'inesigibilità del credito è certificata dall'azienda e dalla struttura amministrativa che ne ordina e ne verifica la cancellazione dalla contabilità aziendale. Dei crediti cancellati è data informazione

alla specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio, ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze.

- b. Con riferimento alle posizioni per le quali sussiste un contenzioso in atto la struttura amministrativa si avvale di un adeguato supporto tecnico-legale. Le posizioni sono elencate e per ciascuna sono fornite informazioni sul contenzioso alla specifica struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio.

(3) procedura di pagamento del debito cumulato fino al 31 dicembre 2005

Sulla base della ricognizione del debito effettuata, la struttura amministrativa informa mensilmente (oltre che la struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio) i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute al fine di procedere al pagamento dei debiti certificati.

La struttura amministrativa gestisce in modo accentrato il pagamento dei debiti certificati, avvalendosi delle somme che si renderanno via via disponibili (progressive erogazioni statali e altre somme riscosse) e che si riferiscono a poste di bilancio relative agli anni 2005 e precedenti. E' tassativamente escluso l'utilizzo delle risorse correnti, ivi comprese quelle relative a poste di bilancio afferenti all'anno 2006, per il pagamento dei predetti debiti.

All'atto del pagamento la struttura amministrativa verifica l'immediata cancellazione dalle contabilità aziendali del debito estinto, dispone e verifica che sia apposto un timbro sulle fatture o altri titoli indicante l'avvenuto pagamento.

Del pagamento e della cancellazione del relativo debito la struttura amministrativa dà comunicazione (oltre che alla struttura presso l'Assessorato alla Sanità e al Bilancio) ai predetti Ministeri, allegando copia dei titoli di pagamento e copia dei conti di bilancio da cui si evinca la cancellazione delle poste debitorie.

6. – *Manovra So.Re.Sa.*

Relativamente ai debiti e disavanzi maturati a tutto il 31.12.2005 la Regione, in conformità a quanto previsto dal punto 1.4 del Patto Nazionale per la Salute approvato con l'Intesa Stato Regioni del 5.10.06 (Repertorio n. 2648) e dall'art.1, comma 796, lettera e) della L 296/06, sta portando a termine una copertura pluriennale con la manovra gestita dalla So.Re.Sa. S.p.A. illustrata nella scheda allegata e che si concluderà definitivamente entro il 31.03.2007.

Tale manovra rientra tra le operazioni consentite ai sensi dell'art. 1, comma 739 della L 296/06.

Operazione di gestione del debito e disavanzo regionale da parte della SO.RE.SA. S.p.A.

La SO.RE.SA. S.p.A. è una società unipersonale di scopo della Regione Campania costituita con D.G.R.C. n. 361 del 27.02.2004, attuativa del disposto dell'art. 6 della L.R. 28/2003.

Con L.R. n. 24/2005 è stato trasferito alla So.Re.Sa. (art. 2, commi 6 – 16) il compito di gestire il debito sanitario regionale maturato fino al 31.12.2005 ai fini della sua progressiva estinzione.

In attuazione della L.R. 24/2005, la Giunta Regionale ha approvato la Delibera 113 del 2006, che ha specificato le azioni di intervento della So.Re.Sa.

L'operazione posta in essere dalla So.re.sa S.p.a. (Società Regionale per la Sanità) per conto della Regione Campania si è articolata in due fasi:

- identificazione delle modalità per l'estinzione del debito sanitario esistente al 31.12.2005 senza che l'operazione avesse conseguenze sulla spesa corrente regionale .
- accertamento del debito alla predetta data e sua estinzione.

La prima fase ha portato alla creazione di risorse aggiuntive rispetto alle esistenti, attraverso una manovra di natura tributaria (aumento addizionali IRPEF e IRAP) idonea a determinare una nuova unità di conto, vincolata, nel bilancio regionale, in via esclusiva alla operazione di estinzione del debito. Questa operazione ha portato alla creazione di una finanza aggiuntiva, con inizio dall'anno 2005, di 170 milioni a valere su di una operazione da strutturare per 30 anni (con un anno di preammortamento).

Sulla base di tale provvista, è stata bandita una gara tra le più importanti banche europee che ha portato a costruire una operazione di cartolarizzazione dei crediti sanitari, nel rispetto delle direttive Eurostat e delle disposizioni interne dello Stato italiano vigenti al momento.

L'operazione è stata aggiudicata agli istituti vincitori il 1 aprile 2006 ed ha portato alla disponibilità di una provvista aggiuntiva rispetto a quella esistente che può variare da un minimo di 2.520 milioni ad un massimo di 2.750 milioni di euro circa a seconda delle modalità di collocazione dei titoli nel mercato. Attualmente l'operazione è subordinata esclusivamente alla stabilizzazione *del rating* regionale ed è da ritenersi conclusa per i restanti profili.

La seconda fase dell'attività posta in essere dalla Società è stata - come detto - l'accertamento del debito sanitario (fornitori di beni e servizi, case di cura, farmacie, laboratori, riabilitazione, istituti di cura temporaneamente accreditati) esistente e non ancora ristrutturato. Questa attività è stata realizzata con la creazione di una piattaforma informatica che, incrociando i dati provenienti dai creditori e dalle ASL, ha consentito di determinare il debito.

Esso è risultato pari a circa 4.100 milioni di euro

La sua composizione è stata imputata per 2.100 milioni circa a ritardi sui trasferimenti dallo Stato e per la restante parte da diseconomia realizzate in passato. Va precisato che la somma considerata è stata valutata nei suoi termini massimi in quanto, in via prudenziale, sono state considerate debito anche situazioni oggetto di contenzioso; situazioni che si intende transigere nella misura più utile per le Regioni. Con Deliberazione n. 1338 del 3.8.06 la Giunta Regionale ha approvato il piano di estinzione del debito proposto dalla So.Re.Sa .